

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学研究事業

障害児入所支援の質の向上を検証するための研究

平成 28 年度～29 年度 総合研究報告書

研究代表者 北住映二

平成 30 年（2018 年）5 月 31 日

## 目次

### I. 総括研究報告

- 障害児入所支援の質の向上を検証するための研究 ----- 1  
北住映二

### II. 分担研究報告

1. 障害児入所施設（福祉型および医療型）に入所する児童の状況と  
施設での支援の状況についての調査 ----- 35  
小崎慶介、小山友里江、米山 明、下山田洋三
2. 障害児入所施設（福祉型および医療型）における被虐待児童に  
ついての調査 ----- 97  
下山田洋三、小山友里江、米山 明
3. 障害児入所施設（福祉型および医療型）における心理担当職員に  
ついての調査 ----- 151  
小山友里江、米山 明
4. 障害児入所施設（福祉型および医療型）におけるソーシャルワーク  
担当職員についての調査 ----- 187  
小山友里江、米山 明
5. 障害児入所施設（福祉型および医療型）における職員の業務の  
タイムスタディによる検討 ----- 221  
米山 明、小崎慶介、小山友里江
6. 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 ----- 257  
米山 明、

## 障害児入所支援の質の向上を検証するための研究

研究代表者 北住映二（心身障害児総合医療療育センター 所長）  
分担研究者 小崎慶介（心身障害児総合医療療育センター 整肢療護園 園長）  
米山 明（心身障害児総合医療療育センター 外来療育部長）  
下山田洋三（愛徳医療福祉センター めぐみの園 園長）  
小山友里江（北里大学看護学部 教授）

### 研究概要

**方法：**全ての種別の福祉型および医療型障害児入所施設に対して、調査票方式で、①入所児童の状況、支援体制、支援内容等についての調査、②被虐待児童について、その数、個々の児童の状況、支援体制等の調査（施設調査票、個人票による調査）、③心理担当職員およびソーシャルワーク担当職員の配置状況とその業務内容や課題についての調査（施設票と個人票による）を、実施した。保育士など、直接子どもと関わる職員の業務の内容を把握し課題を明らかにするために職員の業務についてのタイムスタディ調査を行った。さらに、実践の好事例として、小規模グループケア（ユニットケア）についての検討を行った。

### 結果

#### 【施設基本調査】

施設基本調査票を送付した 492 施設のうち 282 施設から施設基本調査票への回答が返送された（返送率 57.3%）。入所児童総数は 5,759 名であった。

＜児童の状況＞おもなものは下記の通りであった。

- ・入所児童の半数以上が契約でなく措置での入所だった。
- ・入所経路は、福祉型施設では、乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設、児童相談所一時保護所からの入所が、27～32%で、医療型肢体不自由児施設、重症心身障害児施設においても、乳児院、児童養護施設からの入所が約 11%であった。
- ・入所児童の障害の状態として、知的障害児施設においても自閉症を主とする「発達障害」児もしくは「発達障害」を伴う児が多い傾向があり、「盲ろう児を主な対象とする」施設においても、視覚障害、聴覚障害だけでなく知的障害を合併するあるいは知的障害が主な障害である児童が多く、発達障害を合併する児童も存在する。「肢体不自由児を主な対象とする」施設では、福祉型、医療型のいずれにおいても、知的障害のある児童が多数である。福祉型施設において重症心身障害児が 14.5%であり、医療型肢体不自由児施設において重症心身障害児が 40%であった。行動上の困難さのある入所児童が多数であった。重症心身障害児とその周辺児（大島の分類 1～9）が、知的障害児施設には全体の 10.3%、福祉型肢体不自由児施設では全体の 43.7%、医療型肢体不自由児施設では全体の 71.8%入所していた。
- ・福祉型肢体不自由児施設の入所児の約 70%は食事が全介助ないし一部介助を要した。医療型肢体不自由児施設の入所児の 46.1%は全介助、26.3%は一部介助を要していた。介助による食事に 30 分以上を要する児は、全体の 11.8%で、肢体不自由、重症心身障害児施設で、その割合は高くなる傾向があった。
- ・全体では、約 3 分の 1 の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。福祉型自閉症児施設では 68.2%の児が、医療型肢体不自由児施設では 51.8%の児が、全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。
- ・入所児童の家庭状況を反映する実態として、外泊、帰省が、「年 1～2 回程度」か、「なし」の児童が、3835 名で、全入所児童の 66%に上った。

＜施設での支援の状況＞

施設における、実数換算で職員の配置状況などの支援体制、職員の確保、職員の育成、保護者等への支援、他機関との連携などについて調査し、現状が把握された。指導員、保育士など、児童の直接支援にかかわる職員の実数配置状況の調査では、多くの施設において、現行の配置基準をかなり上回る配置がなされていた。

## 【 障害児入所施設における被虐待児童についての調査 】

被虐待児童および被虐待疑い児童について、該当児童の数などについての施設調査票、および、該当する個々の児童の本人と家族の状況や施設による対応等についての児童個人調査票を対象施設に送付し、記入回答と返送を求めた。

＜施設調査票による調査＞では、492 施設中、423 施設から施設調査票の返送があった（返送率 86.0%）。回答施設の全入所児童数 9,016 名（契約 4,806 名、措置 4,210 名）の中で、被虐待児童は 2,200 名（入所児童の 24.4%）、被虐待疑い児童は 640 名（7.1%）で、合計の全被虐待児童（以下「被虐待児」とする）は 2,840 名で全入所児童の 31.5%であった。施設の種別では、福祉型肢体不自由児施設が 49.2%と最も多く、次いで医療型自閉症児施設 42.9%、知的障害児施設 41.8%であった。全種別の障害児入所施設を網羅するこのような調査は初めてのものであり、全国の実態が把握された。

＜児童個人票による調査＞調査対象 492 施設中、206 施設から 1,772 名の児童個人票が返送された。児童相談所が虐待と認定している被虐待児童は 1,302 名（73.5%）で、405 名（22.9%）は施設の判断として、虐待がある、または強く疑われる被虐待疑い児童であった。

1,461 名（82.4%）は虐待を受ける前に基礎疾患、障害があり、142 名（8.0%）は虐待を受ける前には基礎疾患、障害がなかった。虐待によって以前からの基礎疾患や障害の程度に変化がなかったのは 1,023 名（57.7%）であり、397 名（22.4%）は虐待の結果（強い疑いを含む）、基礎疾患や障害が生じたり、その程度が悪化していた。主たる虐待者と従たる虐待者の合計では、実母が 1,355 名（76.5%）で最も多くみられた。障害児の養育は母親が担っていることが多く、本調査では虐待の種類としてネグレクトが 65.7%と最も多いため、母親が虐待者と判断されていると考えられる。虐待発生の要因として、児の問題では、疾病・障害が 954 名（53.8%）と全ての要因・背景の中で最も多く、児の疾病や障害が障害児虐待のハイリスクになっていることが示された。家庭の問題では、経済的不安定が 701 名（39.6%）、育児負担過大が 495 名（27.9%）みられていた。虐待の発生の予防のために、障害や疾病のある児童の養育者への早期からの支援と、養育者へ経済的支援、育児支援が重要であることが示された。

施設での対応、支援の内容について調査し、実態や問題点が把握された。短期入所・日中一時支援利用児童の中での被虐待児についても調査を行い実態が把握された。

## 【 心理担当職員についての調査、ソーシャルワーク担当職員についての調査 】

障害児入所施設における心理担当職員の業務等につき、施設の心理担当職員の代表者が記入する調査票（施設調査票）、および、心理担当職員個人が記入する調査票（個人票）を、全施設に送付し調査を行った。492 施設に施設調査票を送付し、福祉型 46 施設、医療型 79 施設、計 125 施設から回答があった。個人票は 492 施設に 5 通ずつ送付し、対象となる心理担当職員への配布を依頼し、209 名の心理担当職員から個人票への回答があった。施設調査票では、心理担当職員の数は、福祉型 46 施設で常勤 68 名、非常勤 20 名、医療型 79 施設で常勤 111 名、非常勤 38 名であった。常勤の計 179 名のうち半数が、入所児童への心理業務以外の業務との兼務であった。児童の直接支援業務（生活支援、保育士、指導員など）との兼務が 26 施設、相談支援業務との兼務が 5 施設、管理業務との兼務が 3 施設で、これらの多くが、福祉型施設であった。自由記載意見も多く記入されており、業務内容などに、多くの課題が指摘されている。

障害児入所施設におけるケースワーク担当職員の配置や業務等につき、施設のケースワーク担当職員の代表者が記入する施設調査票と、担当職員個人が記入する個人票を、全施設に送付し調査を行った。施設調査票は 129 施設から、個人票は 259 名から回答があった。ソーシャルワーク担当職員として、PSW、SW、MSW の専門職が配置されているのは 34 施設のみであった。ソーシャルワーク担当が施設長・管理者であるのが 9 施設、児童発達管理責任者が 54 施設、保育士が 16 施設、児童指導員が 31 施設であり、ソーシャルワーク担当職員が、多岐にわたる業務を兼任している状況が少なからずあった。病棟、生活棟では、生活支援職員と同様の子どもたちへ直接介助や支援業務などを行っており、時間や人材の不足を感じていた。また、自己研鑽のための時間と研修費用に対する支援が少ない状況がうかがわれた。

今回の調査結果は、他の章で報告されているように、被虐待児の実数、割合が増加、地域連携の重要性が増す中で、ソーシャルワーク担当職員の業務の負担増加を考慮すると、児童養護施設で基準とされている家庭専門相談員や里親専門相談員などについて、心理担当職員とともに、配置基準等の見直しが必要と考えられる。



### 【 職員の業務のタイムスタディによる検討 】

福祉型、医療型の計 10 施設を対象として、タイムスタディ調査を実施した。実施シートと業務コードを配布し、実施シートへ 1 分間ごとの業務内容を記載するように、調査実施者に依頼した。その場ですぐに記載できない場合を想定し、ボイスレコーダーによる音声記録（一部ウェアラブルカメラによる記録）を実施し、それと照合して、別時間に実施業務を振り返り記載するように依頼した。1 分毎に記載したシートを基に 15 分毎の表を作成した。各施設から出された 15 分毎の表（もしくは 1 分毎の表）を基に、A から F の業務コード別に分数ごとの積算を Excel に入力してグラフ化した。1 時間（60 分）という時間のうち、実施している業務を積算していくと、60 分以内に収まらない時間帯が目立つ、すなわち、一人の職員が同時刻に多重課題を実施しているという現実が顕著に表れた結果となった。生活介護業務にかかわる時間が多い傾向は、医療型・福祉型問わず、それぞれの施設に入所している子どもの重度化・重症化が背景にあるものと推察された。入所児童への社会参加支援も重要であるが、今回の結果からは、社会参加支援業務の割合は各施設ともに少ない傾向にある。これは、生活介護業務の多重課題に追われ、勤務時間内に社会参加支援を実施することが困難であることによると推察された。食事や入浴、登下校の準備や送迎など繁忙時間帯の多重業務の実態が明らかとなり、障害児ゆえに必要な日常生活支援に追われ、被虐待経験のある障害のある入所児童が、その被虐待経験に配慮したケアやいわゆる治療的養育などが十分にできていない実態が示されていた。被虐待経験のある障害児入所が増加している状況の中での今後の障害児入所施設のあり方として、被虐待経験のある障害のある入所児童が、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「良好な家庭的環境」で育つために、職員配置状況の改善などの対応が必要と考えられた。

### 【 障害児入所施設（福祉型および医療型）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の検討 】

障害児入所支援の質の向上のための好事例として、「小規模グループケア（ユニットケア）」を実践している福祉型障害児入所施設と医療型障害児入所施設につき確認検討し、入所施設において増加しつつある被虐待障害児への適切な支援を踏まえた今後の障害児入所施設の今後の有るべき姿につき、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」）、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）について考察した。

今回の研究結果を総合して、とくに、以下の点を提案したい。

1. 被虐待障害児の入所の増加、入所児童の障害特性の多様化・重度化・年齢の多層化（低年齢の増加と過年齢の存在）による支援とケアのニーズの増加に対して、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。直接支援職員のみならず、心理担当職員、ソーシャルワーク担当職員についても同様である。
2. とくに、被虐待児へのケアを意識した丁寧な支援とケアが求められる。
3. 居住空間として、「小規模グループケア」のさらなる推進が求められる。
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児童の養育のあり方として、社会的養護に必要な児童の支援という視点を強化し、さらに見直し検討していく必要がある。

### 研究の目的

本研究は公募課題への研究である。公募で設定された内容は、【目的】「障害児入所施設には、専門的ケアを必要とする被虐待児等の入所も多く、支援内容の充実が求められている。このため、今後の障害児入所支援の質の向上についての検討や平成 30 年の福祉サービス等報酬改定に向け、事業所等調査やタイムスタディ等の調査手法を用いて、福祉型障害児入所施設及び医療型障害児入所施設の業務実態の基礎データ等の収集及び分析を行う。」とされ、【求められる成果】は、「医療型および福祉型の障害児入所施設のそれぞれの主な障害種別ごとに、・入所児童の状況、支援体制、支援内容に関するデータ、・職種ごとの勤務実態に関するデータ、・被虐待児等への、支援、自立支援、家庭支援、地域支援などの支援体制や支援内容等に関するデータ、・関係機関との連携状況に関するデータ」であり、研究実施期間 2 年として設定された。この目的を達成するための研究を行った。

## 研究の方法

福祉型障害児入所施設（知的障害児入所施設、自閉症児入所施設、視覚障害・聴覚障害児入所施設、肢体不自由児入所施設）、医療型障害児入所施設（主に肢体不自由児を入所させる施設、主に重症心身障害児を入所させる施設、主に自閉症児を入所させる施設）からのメンバーに研究協力者となってもらい、全種別の障害児入所施設を網羅する構成で研究班を組織した（研究協力者は 頁参照）。

これら全種別施設に対し調査票記入方式で、1) 入所児童の状況、支援体制、支援内容、職種ごとの勤務実態等についての調査（施設基本調査票 32 頁）、2) 被虐待児童について、その数、個々の児童の状況、支援体制等についての調査（施設調査票、個人票、それぞれ、短期入所・日中一時支援児童についても調査）、3) 心理担当職員およびソーシャルワーク担当職員の配置状況とその業務内容や課題についての調査（それぞれ施設票と個人票による）を実施した。調査票は全部で 9 種類、総ページ数 90 頁となった。各個人票は 30 部ずつ同封し不足の場合は人数分をコピーするよう依頼した。送付した調査票（ほぼ両面印刷）は各施設ごとに合計 75 枚以上で、冊数としては最多で 75 冊（福祉型施設）となった。重症心身障害病棟のある国立病院機構病院にも長期入院（入所）児童がいるためそれらの病院にも調査票を送付した。調査票を送付した施設数は 492 施設である。被虐待児童の施設調査票について回答の返送がなかった施設に対してあらためて調査票を送付し回答を求めた。施設基本調査については、児童の直接支援にかかわる職員の実数配置状況の調査をあらためて行った。

これに加え、入所中の児童への職員の対応についてのタイムスタディ調査を行った。さらに、実践の好事例として、ユニットケアについての検討を行った。

研究にあたり、被虐待児童調査の個人票調査、および、タイムスタディでは、児童と家族のプライバシーが守られるよう配慮した。心理担当職員およびソーシャルワーク担当職員についての個人票調査においても、個々人の意見へのプライバシーが守られるよう配慮した。心身障害児総合医療療育センター倫理委員会の承認を得て研究を行った。

## 研究結果

調査研究で得られたデータは多岐にわたり、膨大となったが、その中で、とくに重要と考えられる結果は以下の通りである

### I. 障害児入所施設（福祉型および医療型）に入所する児童の状況と施設での支援の状況についての調査

#### 1. 回答状況

調査票を送付した 492 施設のうち 282 施設から施設基本調査票への回答が返送された（返送率 57.3%）。福祉型障害児入所施設からの回答は、送付 259 施設中 154 施設で、内訳は、1) 「主として知的障害児を入所させる施設」（以下、知的障害児施設）136 施設、2) 「主として盲児またはろうあ児を入所させる施設」（以下、盲ろう児施設）10 施設、3) 「主として肢体不自由児を入所させる施設」（以下、福祉型肢体不自由児施設）6 施設、4) 「主として自閉症児を入所させる施設」（以下、福祉型自閉症児施設）2 施設であった。医療型障害児入所施設（指定発達支援医療機関を含む。）からの回答は送付 233 施設中 119 施設で、内訳は 1) 「主として肢体不自由児を入所させる施設」（以下、医療型肢体不自由児施設）31 施設、2) 「主として自閉症児を入所させる施設」（以下、医療型自閉症児施設）1 施設、3) 「主として重症心身障害児を入所させる施設」（以下、重症心身障害児施設）66 施設、4) 重症心身障害児者を入所させる独立行政法人国立病院機構は、21 施設であった。4) で回答数が低いのは、調査時点で児童の入所（入院）がないことも大きな要因であると考えられる。このうち、廃止と休止中を除いた 273 施設を解析対象とした。

#### 2. 入所児童の基本状況

回答施設での、平成 28 年 6 月 1 日の時点での、それぞれの種別の施設の入所児童数は表の通りで、男 3,653 名、女 2,106 名、総数は 5,759 名であった。（児童福祉法（第 24 条の 24 又は第 31 条）に規定する入所期間の延長をした 19 歳 20 歳の者、215 名を含む。）

	男	%	女	%	合計
知的	2,263	67.0%	1,116	33.0%	3,379
盲ろう	103	55.0%	84	45.0%	187
福・肢体	91	62.8%	54	37.2%	145
福・自閉	31	79.5%	8	20.5%	39
医・肢体	573	59.3%	393	40.7%	966
医・自閉	25	92.6%	2	7.4%	27
医・重症	459	57.2%	344	42.8%	803
国・重症	108	50.7%	105	49.3%	213
計	3,653	63.4%	2,106	36.6%	5,759

比率は、各種別施設の在所児童数の中での比率を示す。

「知的」＝「主として知的障害児を入所させる福祉型施設」（以下、知的障害児施設）

「盲ろう」＝「主として盲児またはろうあ児を入所させる福祉型施設」（以下、盲ろう児施設）

「福・肢体」＝「主として肢体不自由児を入所させる福祉型施設」（以下、福祉型肢体不自由児施設）

「福・自閉」＝「主として自閉症児を入所させる福祉型施設」（以下、福祉型自閉症児施設）

「医・肢体」＝「主として肢体不自由児を入所させる医療型施設」（以下、医療型肢体不自由児施設）

「医・自閉」＝「主として自閉症児を入所させる医療型施設」（以下、医療型自閉症児施設）

「医・重症」＝「主として重症心身障害児を入所させる医療型施設」（以下、重症心身障害児施設）

「国・重症」＝重症心身障害児者を入所させる独立行政法人国立病院機構の病院

（国立病院機構病棟への長期入院は正確には「入院」であるが本報告では「入所」と統一する。）

契約入所か措置入所か、および性別による内訳（比率は、各種別施設の在所児童数の中での比率を示す）

	契約						措置						合計
	男		女		計		男		女		計		
知的	928	27.6%	327	9.7%	1,255	37.3%	1,336	39.7%	777	23.0%	2,113	62.7%	3,368
盲ろう	22	11.8%	25	13.4%	47	25.1%	81	43.3%	59	31.6%	140	74.9%	187
福・肢体	22	15.2%	15	10.3%	37	25.5%	69	47.6%	39	26.9%	108	74.5%	145
福・自閉	24	63.2%	4	10.5%	28	73.7%	7	18.4%	3	0.8%	10	26.3%	38
医・肢体	428	44.3%	278	28.8%	706	73.2%	145	15.0%	113	11.7%	258	26.8%	964
医・自閉	22	81.5%	2	7.4%	24	88.9%	3	11.1%	0	0.0%	3	11.1%	27
医・重症	317	39.5%	232	28.9%	549	68.3%	142	17.7%	112	13.9%	254	31.6%	803
国・重症	77	36.1%	72	33.8%	149	70.0%	30	14.1%	34	16.0%	64	30.0%	213
計	1,840	32.0%	955	16.6%	2,795	48.7%	1,813	31.6%	1,137	19.8%	2,950	51.3%	5,745

（調査票への記入漏れがあったため、在所児童数 5,759 名より少ない。）

保護者との契約による入所でなく措置による入所が、全体では半数を越えている。保護者が児童の養育機能は果たせない状態であっても契約の主体にはなり得る場合は「契約による入所」となるが、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など、保護者が契約の主体にもなり得ないという家庭状況が入所の半数以上の児童においてあることを、このデータは示している。

福祉型施設と医療型施設とに分けての、契約入所か契約入所かの集計数は、下表の通りである。

	契約				措置				男女合計
	男	女	計	%	男	女	計	%	
福祉型	996	371	1,367	36.6%	1,493	878	2,371	63.4%	3,738
医療型	844	584	1,428	71.2%	320	259	579	28.8%	2,007

福祉型施設では、措置入所が 63.4%と高率である。

医療型施設での入所目的が、整形外科手術やリハビリ・療育訓練、あるいは、在宅では対応困難な高度な医療ケアの継続などであるケースも多いことから、措置の比率は福祉型に比して少ないと考えられるが、それでも、措置が 28.8%という状況である。

### 3. 入所経路

平成 28 年 6 月 1 日現在の在籍児の、入所経路は表の通りであった。

いずれの種別の施設でも家庭からの入所が多いが、福祉型施設では、乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設、児童相談所一時保護所からの入所が、27～32%となっている。医療型肢体不自由児施設、重症心身障害児施設においても、乳児院、児童養護施設からの入所が約 11%である。

	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
1 家庭から	2,059 61.0%	100 53.5%	64 45.4%	32 82.1%	714 72.9%	23 85.2%	374 50.1%	65 31.7%	3,431
2 他の福祉型障害児入所施設から	117 3.5%	9 4.8%	5 3.5%	2 5.1%	3 0.3%	0 0.0%	6 0.8%	6 2.9%	148
3 他の医療型障害児入所施設から	74 2.2%	0 0.0%	10 7.1%	0 0.0%	25 2.6%	0 0.0%	47 6.3%	25 12.2%	181
4 病院等医療機関から	61 1.8%	5 2.7%	10 7.1%	1 2.6%	118 12.0%	1 3.7%	226 30.3%	100 48.8%	522
5 乳児院から	165 4.9%	39 20.9%	31 22.0%	1 2.6%	90 9.2%	0 0.0%	81 10.9%	5 2.4%	412
6 児童養護施設から	357 10.6%	12 6.4%	7 5.0%	3 7.7%	20 2.0%	1 3.7%	2 0.3%	2 1.0%	404
7 児童自立支援施設から	23 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	23
8 情緒障害児短期治療施設から	31 0.9%	2 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	33
9 母子生活支援施設から	18 0.5%	0 0.0%	2 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	21
10 里親家庭から	18 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21
11 学校寄宿舎から	21 0.6%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	28
12 児童相談所一時保護所から	389 11.5%	15 8.0%	12 8.5%	0 0.0%	6 0.6%	1 3.7%	7 0.9%	0 0.0%	425
13 その他	41 1.2%	3 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	1 3.7%	2 0.3%	1 0.5%	50
計	3,374	187	141	39	980	27	746	205	5,699

「医・肢体」では一部複数回答があり、在籍児童数 966 人を上回る。

### 4. 児童の状況

#### 1) 障害種別、障害内容

平成 28 年 6 月 1 日現在の入所児での、主たる障害の種別での児童数は、下表の通りであった。

	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	全体
知的障害	2,924 83.5%	83 46.6%	51 35.9%	0 0.0%	12 1.3%	2 3.7%	42 5.2%	21 10.2%	3,135 53.1%
「発達障害」	520 14.8%	8 4.5%	21 14.8%	38 97.4%	5 0.5%	24 44.4%	1 0.1%	0 0.0%	617 10.5%
うち自閉症 スペクトラム障害	424 81.5%	8 100%	13 61.9%	37 97.4%	4 80.0%	20 83.3%	1 100%	0 0.0%	507 82.2%
うち知的障害を 伴うもの	409 96.5%	4 50.0%	12 92.3%	37 100%	4 100%	4 20.0%	1 100%	0 0.0%	471 92.9%
うち知的障害を 伴わないもの	15 3.5%	4 50.0%	1 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	16 80.0%	0 0.0%	0 0.0%	36 7.1%
うち ADHD	92 17.7%	0 0.0%	2 9.5%	1 2.6%	0 0.0%	4 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	99 16.0%
うち LD	2 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.3%
うちその他	2 0.4%	0 0.0%	6 28.6%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 1.5%
肢体不自由	24 0.7%	4 2.2%	46 32.4%	0 0.0%	504 52.5%	0 0.0%	42 5.2%	5 2.4%	625 10.6%
聴覚障害	7 0.2%	50 28.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	4 0.5%	0 0.0%	62 1.1%
うち軽度・中度	4 57.1%	25 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	29 46.8%
うち重度	3 42.9%	25 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100%	0 0.0%	4 100%	0 0.0%	33 53.2%
視覚障害	11 0.3%	31 17.4%	2 1.4%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	5 0.6%	0 0.0%	50 0.8%
重症心身障害 (大島分類 1～4 相当)	5 0.1%	0 0.0%	19 13.4%	0 0.0%	399 41.6%	0 0.0%	680 84.0%	175 85.4%	1,286 21.8%
その他	12 0.3%	1 0.6%	3 2.1%	1 2.6%	13 1.4%	1 1.9%	20 2.5%	4 2.0%	55 0.9%
不明	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	25 2.6%	27 50.0%	16 2.0%	0 0.0%	69 1.2%
計	3,503	178	142	39	960	54	810	205	5,899

各障害別の割合は、計の数で除したものである。

自閉症スペクトラム障害の割合は、発達障害の数で除した。

うち知的障害を伴うもの、うち知的障害を伴わないものの割合は、自閉症スペクトラム障害の数で除した。

聴覚障害のうち軽度・中等度、うち重度の割合は、聴覚障害の数で除した。

複数回答があるため、在籍児童数より数が上回る場合がある。

合併障害も含む障害内容での児童数は、次表の通りである

	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・重 症	国・ 重症	全体
知的障害のみ	1,836 56.9%	68 47.6%	37 25.5%	0 0.0%	1 0.1%	1 3.8%	8 1.0%	3 1.4%	1,954 35.5%
知的障害＋発達障害	1,178 36.5%	15 10.5%	19 13.1%	39 97.5%	4 0.4%	4 15.4%	12 1.5%	18 8.2%	1,289 23.4%
知的障害＋肢体不自由（重度 知的障害＋重度肢体不自由で大 島分類 1～4 に相当する児童は 重症心身障害に記入）	85 2.6%	2 1.4%	48 33.1%	0 0.0%	328 35.8%	0 0.0%	61 7.8%	13 5.9%	537 9.8%
発達障害のみ	29 0.9%	4 2.8%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	20 76.9%	0 0.0%	0 0.0%	54 1.0%
発達障害＋肢体不自由	16 0.5%	0 0.0%	7 4.8%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	6 2.7%	30 0.5%
肢体不自由のみ	3 0.1%	0 0.0%	7 4.8%	0 0.0%	146 15.9%	0 0.0%	9 1.2%	2 0.9%	167 3.0%
聴覚障害＋知的障害	21 0.7%	20 14.0%	0 0.0%	0 0.0%	35 3.8%	0 0.0%	7 0.9%	0 0.0%	83 1.5%
聴覚障害＋肢体不自由	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	9 1.2%	0 0.0%	11 0.2%
視覚障害＋知的障害	19 0.6%	18 12.6%	3 2.1%	0 0.0%	10 1.1%	0 0.0%	7 0.9%	0 0.0%	57 1.0%
視覚障害＋肢体不自由	3 0.1%	1 0.7%	1 0.7%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	6 0.8%	0 0.0%	13 0.2%
重症心身障害	7 0.2%	0 0.0%	21 14.5%	0 0.0%	367 40.0%	0 0.0%	644 82.6%	176 80.0%	1,223 22.2%
その他	31 1.0%	15 10.5%	1 0.7%	1 2.5%	21 2.3%	1 3.8%	17 2.2%	2 0.9%	89 1.6%
計	3,228	143	145	40	917	26	780	220	5,507

（重度知的障害＋重度肢体不自由で大島分類 1～4 に相当する児童は重症心身障害に記入）

各障害別の割合は計の数で除した。

複数回答があるため、在籍児童数より数が上回る場合がある

以上の表から示されている現状として、以下が特に重要である。

- 知的障害児施設においても、自閉症を主とする「発達障害」児もしくは「発達障害」を伴う児が多い傾向がある。
- 施設種別としては「盲ろう児を主な対象とする」施設においても、視覚障害、聴覚障害だけでなく、知的障害を合併する、あるいは知的障害が主な障害である児童が多く、発達障害を合併する児童も存在する。
- 「肢体不自由児を主な対象とする」施設では、福祉型、医療型のいずれにおいても、知的障害のある児童が多数である。福祉型施設において重症心身障害児が 14.5%であり、医療型肢体不自由児施設において、重症心身障害児が 40%である。

## 2）行動障害等の状況（平成 28 年 6 月 1 日現在）

行動上の困難さのある入所児童が、表のように多数であった。

（週 1 回以上、表に示す行動がある児童数。一人の児童につき複数回答可として、回答された数。）

	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・重 症	国・ 重症	計
強いこだわり	769 17.6%	11 13.8%	30 19.7%	29 16.3%	49 21.1%	12 28.6%	23 13.2%	8 13.3%	931
自傷行為	404 9.3%	10 12.5%	19 12.5%	2 1.1%	31 13.4%	0 0.0%	30 17.2%	8 13.3%	504

他傷、他害	493 11.3%	7 8.8%	14 9.2%	32 18.0%	22 9.5%	6 14.3%	14 8.0%	8 13.3%	596
奇声・著しい 騒がしさ	425 9.7%	17 21.3%	7 4.6%	20 11.2%	28 12.1%	2 4.8%	22 12.6%	3 5.0%	524
無断外出	97 2.2%	3 3.8%	3 2.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	1 0.6%	2 3.3%	107
器物破損等激しい破 壊行為	210 4.8%	4 5.0%	7 4.6%	12 6.7%	11 4.7%	1 2.4%	4 2.3%	5 8.3%	254
著しい騒がしさ	381 8.7%	6 7.5%	12 7.9%	20 11.2%	9 3.9%	10 23.8%	11 6.3%	3 5.0%	452
多動・飛び出し 行為	423 9.7%	6 7.5%	13 8.6%	14 7.9%	19 8.2%	7 16.7%	12 6.9%	10 16.7%	504
寡動・行動停止	108 2.5%	2 2.5%	6 3.9%	12 6.7%	6 2.6%	2 4.8%	1 0.6%	0 0.0%	137
徘徊・放浪	98 2.2%	0 0.0%	10 6.6%	3 1.7%	7 3.0%	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	119
盗癖	91 2.1%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	93
性的問題	108 2.5%	1 1.3%	5 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	115
異食・過食・ 反すう・多飲水	240 5.5%	1 1.3%	4 2.6%	17 9.6%	15 6.5%	0 0.0%	9 5.2%	4 6.7%	290
不潔行為 (弄便・唾遊び等)	282 6.5%	3 3.8%	11 7.2%	3 1.7%	14 6.0%	1 2.4%	11 6.3%	5 8.3%	330
弄火	16 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16
睡眠の乱れ	171 3.9%	9 11.3%	7 4.6%	14 7.9%	18 7.8%	0 0.0%	18 10.3%	4 6.7%	241
緘黙	16 0.4%	0 0.0%	3 2.0%	0 0.0%	2 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21
その他	34 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 9.2%	0 0.0%	50
計	4,366	80	152	178	232	42	174	60	5,284

行動上の困難さがある児童への支援は、スタッフの労力と時間とスキルを要する。強度行動障害児特別支援加算を認定されている児童は128名だったが、この特別支援加算を認定されていない児童の多数においても、行動上の困難があることが表から示されている。

### 3) Gross Motor Function Classification System (GMFCS)に準拠しての粗大運動機能評価、 大島分類による評価、超重症準超重症児スコアによる評価

知的障害児施設、盲ろう施設、福祉型自閉症児施設ではそれぞれ粗大運動機能障害なし、ないし GMFCS レベル I 相当の児が 90%以上を占めていた。しかし、知的障害児施設・盲ろう児施設に少ないながらも中程度ないし重度な粗大運動機能障害を呈する児が入所していた。

福祉型肢体不自由児施設では、軽度から重度までの粗大運動機能障害を呈する児が幅広く入所していた。

医療型肢体不自由児施設・重症心身障害児施設・国立病院機病棟では、レベル IV・V 相当の重度粗大運動機能障害を呈する児が多く入所していた。とくに、医療型肢体不自由児施設では、車椅子レベルないし自力移動不能な GMFCS レベル IV・V の児が 75%を占めていた。

重症心身障害児とその周辺児（大島の分類 1～9）が、知的障害児施設には全体の 10.3%、福祉型肢体不自由児施設では全体の 43.7%、医療型肢体不自由児施設では全体の 71.8%入所していた。

超重症準超重症児（者）スコアでの評価で、知的障害児施設に少ないながらも準超重症児が入所していた。

超重症準超重症児が、医療型肢体不自由児施設では入所児全体の 16.2%を占め、重症心身障害児施設では、医・重症、国・重症のいずれも 44.1%を占めている。

### 4) ADL 介助度

＜食事＞福祉型肢体不自由児施設の入所児の約 70%は全介助ないし、一部介助を要した。医療型肢体不自由児施設の入所児の 46.1%は全介助、26.3%は一部介助を要していた。重症心身障害児施設の入所児の 80%以

上が全介助であった。(なお、経管栄養注入の児は除外されている。) 介助による食事に 30 分以上を要する児は、全体の 11.8%であった。肢体不自由、重症心身障害児施設で、その割合は高くなる傾向があった。

事業の種類	在籍児童数	介助による食事に 30 分以上を要する入所児童の数	%
知的	3,379	152	4.5%
盲ろう	187	12	6.4%
福・肢体	145	18	12.4%
福・自閉	39	0	0.0%
医・肢体	966	193	20.0%
医・自閉	27	0	0.0%
医・重症	803	269	33.5%
国・重症	213	37	17.4%
計	5,759	681	11.8%

食事介助に 30 分以上を要する児童では、食事時間に、児 1～2 名に対し職員 1 名が必要であり、それに相応した職員配置が必要である。(なお、医療型施設では、経口食事摂取の児童だけでなく経管栄養の児童も入所しており、在籍児童数はその合計である。したがって、経口食事摂取児童の中での食事介助 30 分超の児童の割合は、この表での在籍児童数との比率での割合よりも高くなる。)

#### <指示への理解・対応、危険への認知・対応など>

全体では、約 3 分の 1 の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。福祉型自閉症児施設では、68.2%の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。医療型肢体不自由児施設では 51.8%の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。

ADL については、全介助の児だけが特に手が掛かるわけではなく、一部介助の児については、自立度を向上させるために、個々の児の能力に応じた部分介助や時間を掛けた見守りなどを要する。

#### 4) 医療ケアの状況、服薬の状況

下表の児童が日常的な医療ケアを要している。

事業の種類	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
受けている児童数	1105	98	4	23	0	319	0	518	143

抗てんかん薬を服用する児童が知的障害児施設において 20%で、福祉型肢体不自由児施設では 42%、医療型肢体不自由児施設で 47%となっている。知的障害児施設では、27%以上の児童が、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠導入薬の服用を要している。福祉型施設であっても、医療的処置、服薬管理、通院等の医療的対応が多く、そのため複数の看護師配置が必要となっている状況がうかがわれる。

#### 5) 就学・就園の状況

福祉型入所施設では、施設内の分校・分教室が設置されていない場合が多く、また、訪問教育対象児はわずかである。同じ施設から複数の学校へ登校しており、そのために、学校の登下校への送迎や、学校との対応に人手がかかっている状況があった。

#### 5. 入所児童の家庭状況等

##### 1) 家庭状況

平成 28 年 6 月 1 日現在入所児童の、家庭の状況は下表の通りである。(数字は児童人数)

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
両親世帯	1,410 41.6%	76 40.6%	48 36.9%	26 66.7%	644 65.9%	22 81.5%	434 56.8%	133 68.2%	2,793 48.9%
母子世帯	1,274 37.6%	64 34.2%	49 37.7%	6 15.4%	232 23.7%	2 7.4%	213 27.9%	43 22.1%	1,883 33.0%
父子世帯	471 13.9%	28 15.0%	19 14.6%	4 10.3%	72 7.4%	1 3.7%	76 9.9%	12 6.2%	683 12.0%
兄弟姉妹のみ世帯	20 0.6%	0 0.0%	2 1.5%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	24 0.4%



祖父母・親戚が保護者として 対応の世帯	155 4.6%	14 7.5%	7 5.4%	2 5.1%	19 1.9%	0 0.0%	24 3.1%	5 2.6%	226 4.0%
その他	57 1.7%	5 2.7%	5 3.8%	0 0.0%	10 1.0%	2 7.4%	16 2.1%	2 1.0%	97 1.7%
計	3,387	187	130	39	977	27	764	195	5,706
兄弟姉妹で入所 世帯数	126	4	0	0	5	0	8	0	143
兄弟姉妹で入所 人数	559 16.5%	14 7.5%	1 0.8%	1 2.6%	79 8.1%	0 0.0%	123 16.1%	15 7.7%	792 13.9%

各世帯の人数の割合は、計の人数で除した

## 2) 家庭外泊、帰省の状況

平成27年4月～28年3月の実績は、表の通りである。

外泊、帰省が、「年1～2回程度」か、「なし」の児童が、3835名で、全入所児童の66%に上る。これは、週末や祝日、年末年始などにおいても、相応の職員配置を必要とする状況を生じている。

	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
措置 児童数	2,113	140	108	10	258	3	254	64	2,950
週末(隔週)ごとに外泊・ 帰省	192 9.1%	8 5.7%	1 0.9%	2 20.0%	17 6.6%	1 33.3%	4 1.6%	0 0.0%	225 7.6%
月に1回程度	238 11.3%	13 9.3%	4 3.7%	1 10.0%	16 6.2%	0 0.0%	2 0.8%	1 1.6%	275 9.3%
年に1～2回程度	591 28.0%	42 30.0%	17 15.7%	5 50.0%	44 17.1%	0 0.0%	17 6.7%	3 4.7%	719 24.4%
家庭外泊・帰省なし	1064 50.4%	78 55.7%	86 79.6%	2 20.0%	193 74.8%	1 33.3%	230 90.6%	37 57.8%	1,691 57.3%
契約 児童数	1,255	47	37	28	706	24	549	149	2,795
週末(隔週)ごとに外泊・ 帰省	463 36.9%	19 40.4%	14 37.8%	21 75.0%	610 86.4%	6 25.0%	56 10.2%	2 1.3%	1,191 42.6%
月に1回程度	268 21.4%	22 46.8%	6 16.2%	3 10.7%	187 26.5%	8 33.3%	58 10.6%	5 3.4%	557 19.9%
年に1～2回程度	365 29.1%	2 4.3%	7 18.9%	2 7.1%	103 14.6%	4 16.7%	74 13.5%	10 6.7%	569 20.4%
家庭外泊・帰省なし	194 15.5%	4 8.5%	15 40.5%	3 10.7%	215 30.5%	5 20.8%	353 64.3%	109 73.2%	898 32.1%

家庭外泊・帰省なしの児童が、それができない理由は、次のように回答されている。

	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
家族がいない	73 5.8%	6 7.3%	6 6.4%	0 0.0%	11 3.1%	0 0.0%	9 1.6%	2 1.2%	107 4.2%
地理的条件で困難	28 2.2%	3 3.7%	2 2.1%	0 0.0%	30 8.4%	0 0.0%	11 1.9%	13 7.7%	87 3.4%
本人の事情で 帰らない	133 10.5%	2 2.4%	2 2.1%	2 40.0%	61 17.0%	3 50.0%	159 27.7%	48 28.4%	416 16.2%
家庭状況から 帰せない	902 71.4%	63 76.8%	68 72.3%	1 20.0%	146 40.7%	3 50.0%	220 38.3%	39 23.1%	1,444 56.4%
その他	128 10.1%	8 9.8%	16 17.0%	2 40.0%	111 30.9%	0 0.0%	175 30.5%	67 39.6%	507 19.8%
計	1264	82	94	5	359	6	574	169	2,561

### (3) 面会等訪問の状況 (平成27年4月～平成28年3月の実績)

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
家族の訪問なし	922 15.7%	581 17.3%	47 25.1%	32 22.1%	2 5.1%	169 17.3%	1 3.7%	69 7.4%	19 8.9%

週末(隔週)ごとに家族が訪問	1641	376	21	23	7	686	10	475	43
	27.9%	11.2%	11.2%	15.9%	17.9%	70.1%	37.0%	51.1%	20.2%
月に1回程度家族が訪問	1270	662	27	27	3	213	15	257	61
	21.6%	19.7%	14.4%	18.6%	7.7%	21.8%	55.6%	27.7%	28.6%
年に1～2回程度家族が訪問	1366	898	40	40	0	125	0	197	65
	23.3%	26.8%	21.4%	27.6%	0.0%	12.8%	0.0%	21.2%	30.5%
職員が引率して家庭で面会	70	61	1	3	0	2	0	3	0
	1.2%	1.8%	0.5%	2.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.3%	0.0%
面会の制限が必要な児童	199	156	9	9	0	15	0	9	1
	3.4%	4.7%	4.8%	6.2%	0.0%	1.5%	0.0%	1.0%	0.5%
その他	671	33	8	9	0	172	0	443	6
	11.4%	1.0%	4.3%	6.2%	0.0%	17.6%	0.0%	47.7%	2.8%

## 5. 施設の状況、支援内容等

### 1) 施設における職員の配置状況

入所児者の数と、児童の直接支援にかかわる職員の配置数との関係について、より正確に実態を把握するために、平成29年度研究において、あらためて調査を行った。

各施設での、平成29年6月1日現在での、入所児者の数、および、児童支援に直接かかわる職員の内訳の実数の記載を求める調査票を、全施設に送付した。非常勤職員については勤務実態に合わせて実数換算した数を、および、常勤だが児童の直接支援業務以外も兼務している職員については児童直接支援にかかわる部分を実数換算した数を、実数として記載するよう求めた。

回答から、児童数と職員実数の比率を算定し、施設種別毎に集計した。

データに疑義があり、その疑義につき確認できなかった施設は集計から除外した。

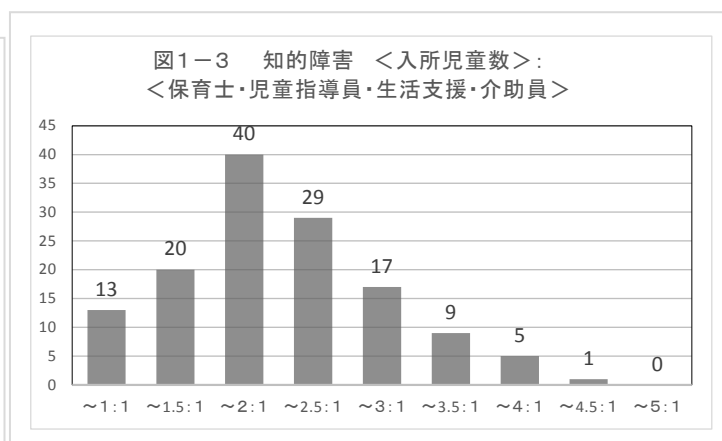
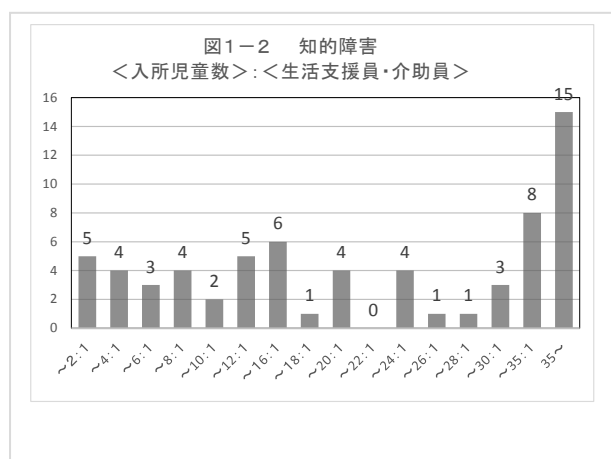
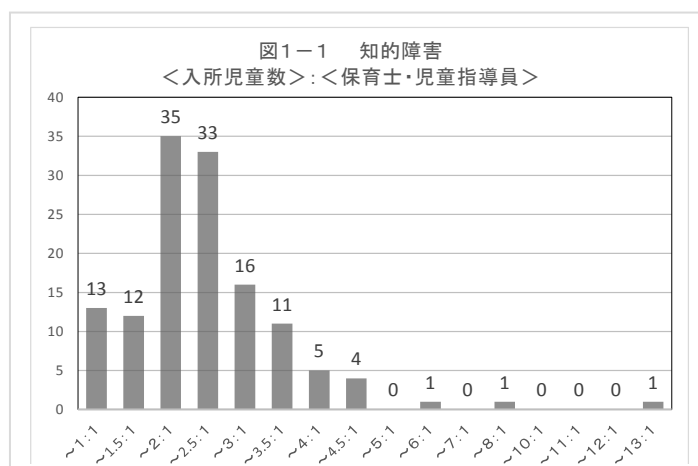
児童と「者」(18歳以上の入所者)がいる施設で、「者」の方が過半数以上を占めている施設は、本研究の主旨から外れるので集計から除外した。

#### (1)「主として知的障害児を入所させる」施設

知的障害児入所児童数(一部、「者」も含む)と、保育士・児童指導員の配置実数との、比率は、図1-1の通りである。

保育士・児童指導員の職員配置では、1.6対1～2対1が一番多く、次に2.1対1～2.5対1が多かった。生活支援員、介助員、助手が配置されている施設もあり、その配置状況は、図2の通りである。者も一緒に入所している施設ほど、生活支援員、介助員、助手の配置がなされている傾向がある。

児童数と、保育士・児童指導員、生活支援員・介助員・助手の総実数との比率を、図1-3に示す。



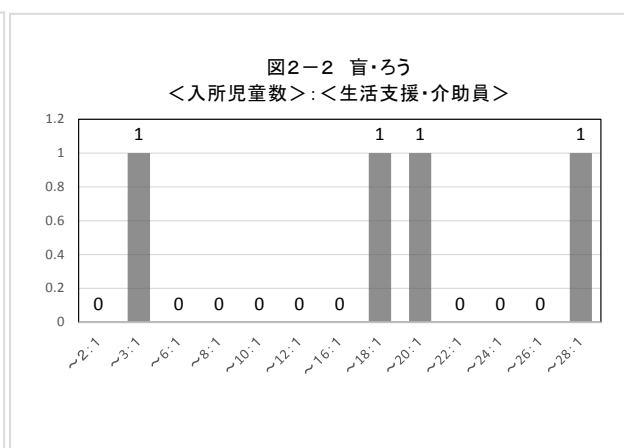
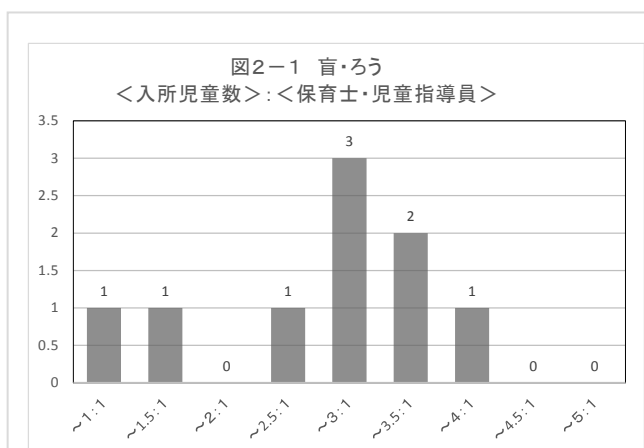
この集計グラフには反映されていないが、児童発達支援管理責任者、看護師、職業指導員、心理担当職員が、児童の直接支援に携わっている施設もかなりあった。

主として知的障害児を入所させる施設における、入所児数に対する児童指導員及び保育士の数の配置人員基準は4.3対1で、障害児が30人以下の施設ではこれに1を加えた数が基準とされているが、実際はこの基準をかなり上回る数の直接支援職員の配置がなされている施設が多いという実態が把握された。

## (2)「主として盲児又はろう児を入所させる」施設

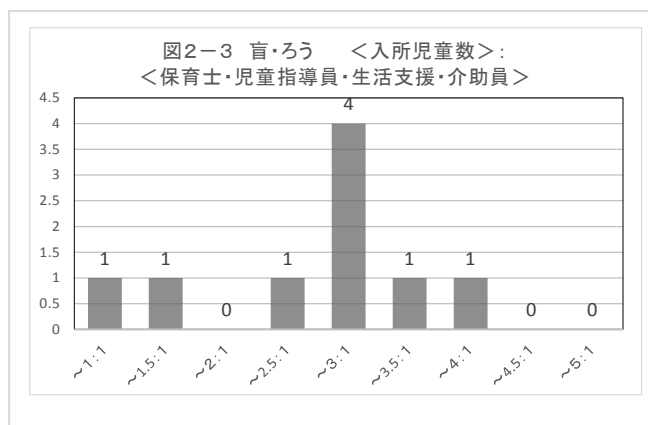
この種別の施設における、職員実数配置状況は図2-1、図2-2、図2-3の通りである。

保育士・児童指導員の職員配置は、1.5対1以下が2施設、1.4対1が1施設、2.6対1～2.8対1が3施設、3.4対1～3.5対1が2施設で、3.6対1が1施設であった。



保育士・児童指導員と生活支援・介助員を合計すると、2.2対1～2.8対1配置が5施設、3.1対～3.6対1配置が2施設である。この集計には反映されていないが、児童発達支援管理責任者、看護師、心理指導担当職員が、児童の直接支援に携わっている施設もあった。

この種別に施設での、入所児数に対する児童指導員と保育士の配置数は、乳幼児につき4対1、少年は5対1、障害児が35人以下の施設ではこれに1を加えた数が基準とされているが、この基準を上回る数の配置がなされている施設が多い。

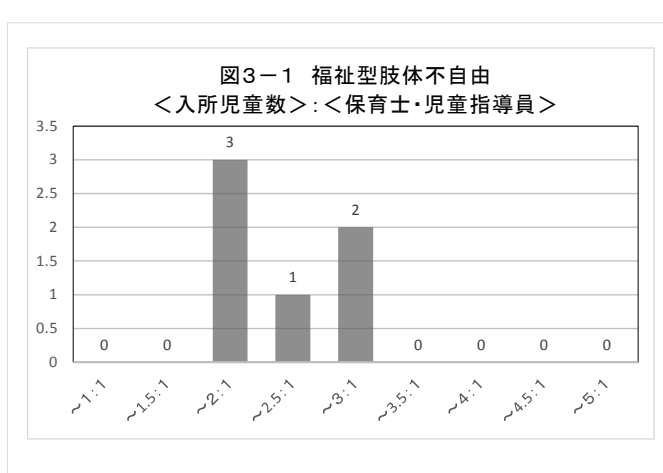


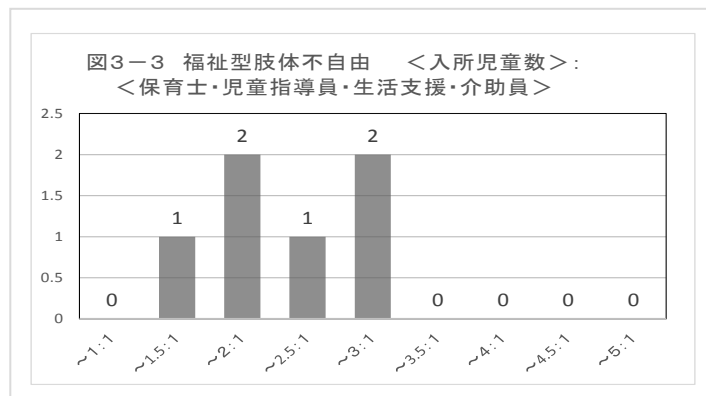
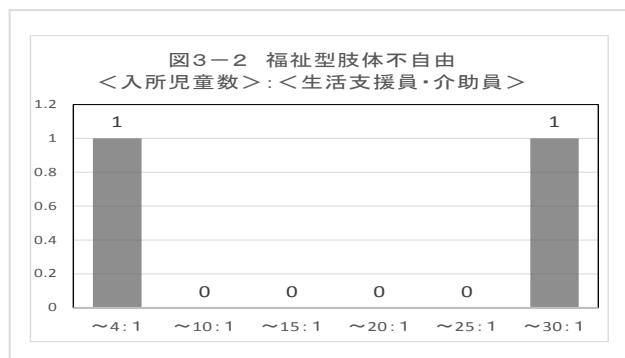
## (3)「主として肢体不自由児を入所させる」福祉型施設

この種別の施設における職員実数配置状況は、図3-1、図3-2、図3-3の通りである。

保育士・児童指導員の職員配置は、1.8対1～2対1が3施設、2.3対1が1施設、2.7～2.8対1が2施設であった。保育士・児童指導員と生活支援・介助員を合計すると、1.3対1～1.9対1が3施設、2.3対1～2.9対1が3施設であった。

この集計には反映されていないが、児童発達支援管理責任者、看護師、心理指導担当職員が、児童の直接支援に携わっている施設もあった。

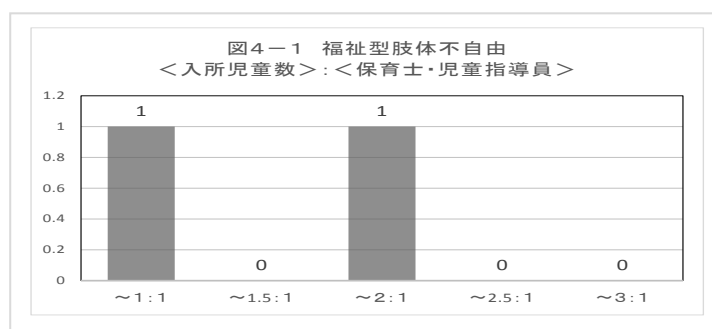




主として肢体不自由児を入所させる福祉型施設での、入所児数に対する児童指導員及び保育士の数の配置人員基準は3.5対1であるが、この基準をかなり上回る配置がなされている施設が多い。

#### （４）「主として自閉症児を入所させる」福祉型施設

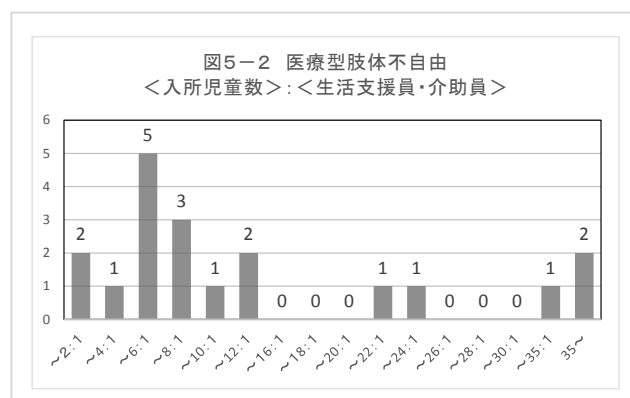
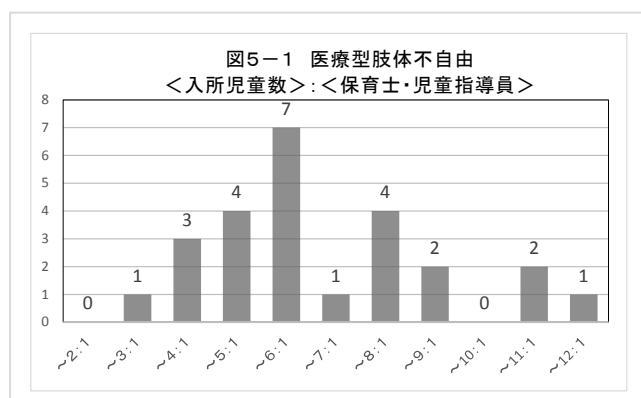
この種別の施設での、保育士・児童指導員の職員実数配置は、0.8対1が1施設、1.6対1が1施設であった。うち1施設（入所児35名＋者1名）では、この他に介助員0.3名が配置されていた。



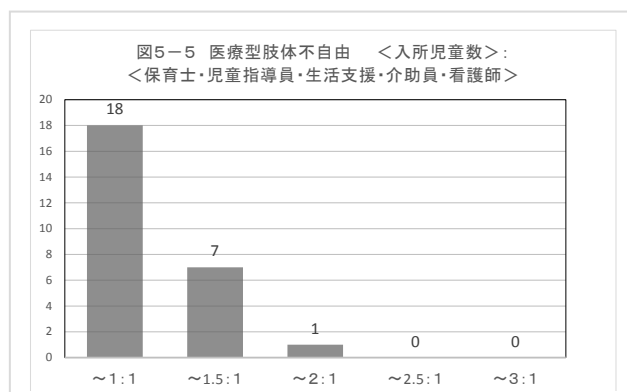
#### （５）「主として肢体不自由児を入所させる」医療型施設

この種別の職員配置状況を図5の1～5に示す。

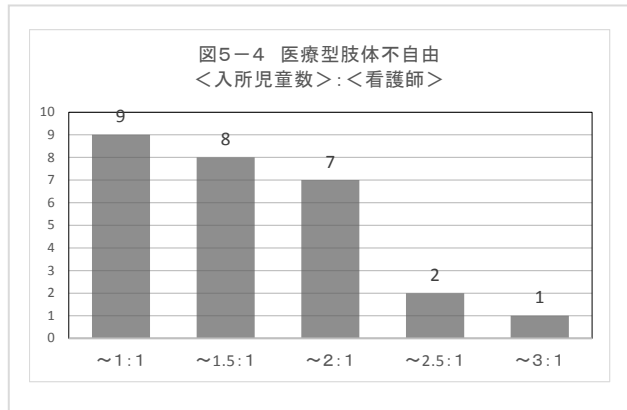
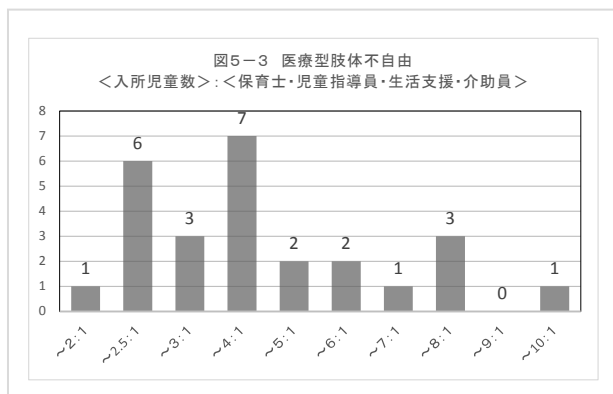
医療型施設では、看護師も直接支援を担っているので、児童数と看護師配置数の比率の集計も入れ、看護師数も含めた直接支援にかかわる職員数についての集計も示した（図5-5）



主として肢体不自由児を入所させる医療型施設での、入所児数に対する児童指導員及び保育士の数の配置人員基準は、乳幼児では10対1、少年は20対1であるが、実際は、ほとんどの施設で、この基準をはるかに上回る児童指導員、保育士の配置がなされている。また、入所児数と、看護師・保育士・児童指導員、生活支援員・介助員・助手の直接支援職員総実数の配置比率は、1対1以下の施設が



多数である。



## (6) 職員配置、業務状況についての、自由記載メント

職員の配置、業務状況についての、自由記載欄に書かれていたコメントを以下に収録する。

- ・年齢超過の方が 11 名のため（入所児童数 40 名中）、学齢児を学校に送り出した日中にも職員の配置が必要。食事支援や入浴介助等、朝、昼、夕の複数職員配置が必要。全員、役付きの勤務となるため、フリー職員はほとんど配置できない。年休はほとんど取れない。しかし、定員 40 名の児童数も不安定で、毎年、赤字です。職員増も望めません。マンツーマンの利用児が多く他害行為や器物損壊等も多く、職員の配置基準の見直しが必要と考えます。
- ・宿直勤務時、勤務で拘束される時間が 26 時間と長く、休憩時間があっても身体を休める時間ではなく、記録記入等の事務時間に当てていたり、夜間も不安定な児童の対応や幼児に添い寝している状況のため、睡眠が取れない。疲労感が強い。宿直勤務、遅番、早番勤務だけでなく、幼児や中卒児の日中活動を行う職員も確保する必要があり、慢性的にマンパワー不足の状態が続いている。
- ・朝、夕に、職員が必要のため、中抜け勤務（6:30～9:30、15:00～19:40）をすることで、体制を整えている。
- ・学校登校前と、学校下校後の時間帯に職員が必要となり、平日の日中は間接業務のみとなる
- ・夜間になると勤務者が減るため、トラブル対応があった場合、人が足りない。
- ・女性の多い職場であるため、夜間に男性職員が少ないときに思春期の男の子が暴れたり、パニックになった時などの対応が困難な場合がある。重度の男子利用者が多い場合、同性介助が基本としながらも、女性職員が入浴介助、排泄介助等を行う場合が日常的にある。
- ・2 棟で各棟 1 名の正規職員が夜勤をする。新体系に移行するまで学寮宿直だったため、日中の人数を確保できたが、夜勤となって日中の人員が不足気味。
- ・児童施設は、定員が多くても少なくとも、必ず資格者（保育士）（児童指導員）が、毎日 24 時間ずっと配置されていなければならないため、当施設は定員 10 名に対して有資格者の職員を 10 名配置している。そうしなければ、夜勤者・準夜勤者・日勤者を交代勤務させながら勤務を組むことができないからである。（定員が 10 名と少ないこともあるだろうが）児童施設としての報酬は少なく、有資格者を毎日 24 時間配置できる人数を雇い、なおかつ、児童発達管理責任者、職業指導員、栄養士、調理員など配置しようとするれば、支援報酬費の単価を増やしてもらわなければ、この児童施設特有の職員配置は困難である。毎日 24 時間、常に“有資格者を”配置しなければならないというルールは、児童に対して、より手厚い支援を行うためなのだろうが、その配置を満たすためには、報酬（収入）がもっと必要である。（特に、定員が少ない施設では。）
- ・人員不足。夜間体制の際に、何か起きた場合、宿直の職員だけでは児童の安全確保は困難
- ・就学前の子の入所は、幼稚園の送迎に職員の配置が困難。一時保護を受ける時に、日中の支援すごしががない。→通常通っている学校に送迎の手立てがあれば、問題なくなる。ドーナツ勤務を基本に配置しているので、日中を見る職員が居ない
- ・日中の直接支援のみで手いっぱい、会議、研修等が入ると職員のやりくりが大変。夜間の人数が少なく、非常時の対応が困難。地震時は、応援職員が来るまで身動きが取れなかった。

・夜間：救急搬送が必要な病気・怪我があると、深夜・早朝に職員を召集しないといけない。事件についても同様。

## 5) 保護者等への支援、他機関との連携

多くの施設が、保護者、家族への支援を、関係機関とも連携しながら行っているが、自由記載で、多くの問題が指摘されている。

## 6) 職員のスキルアップ、処遇改善等への取り組み、職員確保

職員確保の困難性についての自由記載が多数あった。

# II. 障害児入所施設（福祉型および医療型）における被虐待児童についての調査

障害児入所施設への入所・入院児童、および短期入所・日中一時支援利用児童を対象として、被虐待児童および被虐待疑い児童について、次のように定義し、調査票による調査を行った。

- ・「被虐待児童」：児童相談所が「虐待」と認定（措置・契約入所、保険入院かは問わない）している児童
- ・「被虐待疑い児童」：児童相談所が「虐待」と認定していないが、施設の判断（児童票や家庭での生活実態等からの判断）として虐待がある（ネグレクトも含む）、または強く疑われる児童

該当児童の数などについての施設調査票、および、該当する個々の児童の本人と家族の状況や施設による対応等についての児童個人調査票を、対象施設に送付し、記入回答と返送を求めた。

## 1. 入所・入院児童についての調査（平成28年6月1日現在）

### A. 施設調査票による調査

調査対象 492 施設中、423 施設から施設調査票の返送があった（返送率 86.0%）。

#### (1) 回答施設の児童数（男女・在所の種類・施設の種類の別）

		知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
契約入所	男	1,445	24	29	24	555	27	628	294	3,026
	女	559	25	18	5	391	4	538	240	1,780
	計	2,004	49	47	29	946	31	1,166	534	4,806
措置入所	男	1,914	81	89	7	182	11	244	98	2,626
	女	1,078	61	47	3	145	0	169	81	1,584
	計	2,992	142	136	10	327	11	413	179	4,210
合計	男	3,359	105	118	31	737	38	872	392	5,652
	女	1,637	86	65	8	536	4	707	321	3,364
	計	4,996	191	183	39	1,273	42	1,579	713	9,016
保険入院	男	0	0	0	0	26	0	15	0	41
	女	0	0	0	0	24	0	5	0	29
	計	0	0	0	0	50	0	20	0	70
一時保護委託	男	20	1	4	1	4	1	2	1	34
	女	9	0	0	0	1	0	1	0	11
	計	29	1	4	1	5	1	3	1	45
その他	男	2	0	0	0	1	0	1	0	4
	女	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	計	2	0	0	0	2	0	1	0	5
合計	男	22	1	4	1	31	1	18	1	79
	女	9	0	0	0	26	0	6	0	41
	計	31	1	4	1	57	1	24	1	120
総計	男	3,381	106	122	32	768	39	890	393	5,731
	女	1,646	86	65	8	562	4	713	321	3,405
	合計	5,027	192	187	40	1,330	43	1,603	714	9,136

回答施設の全児童数は 9,136 名（男 5,731 名、女 3,405 名）であった。

入所児童は、9,016 名（契約 4,806 名、措置 4,210 名）、入所児童以外は、保険入院 70 名、一時保護委託 45 名、その他 5 名の計 120 名であった。

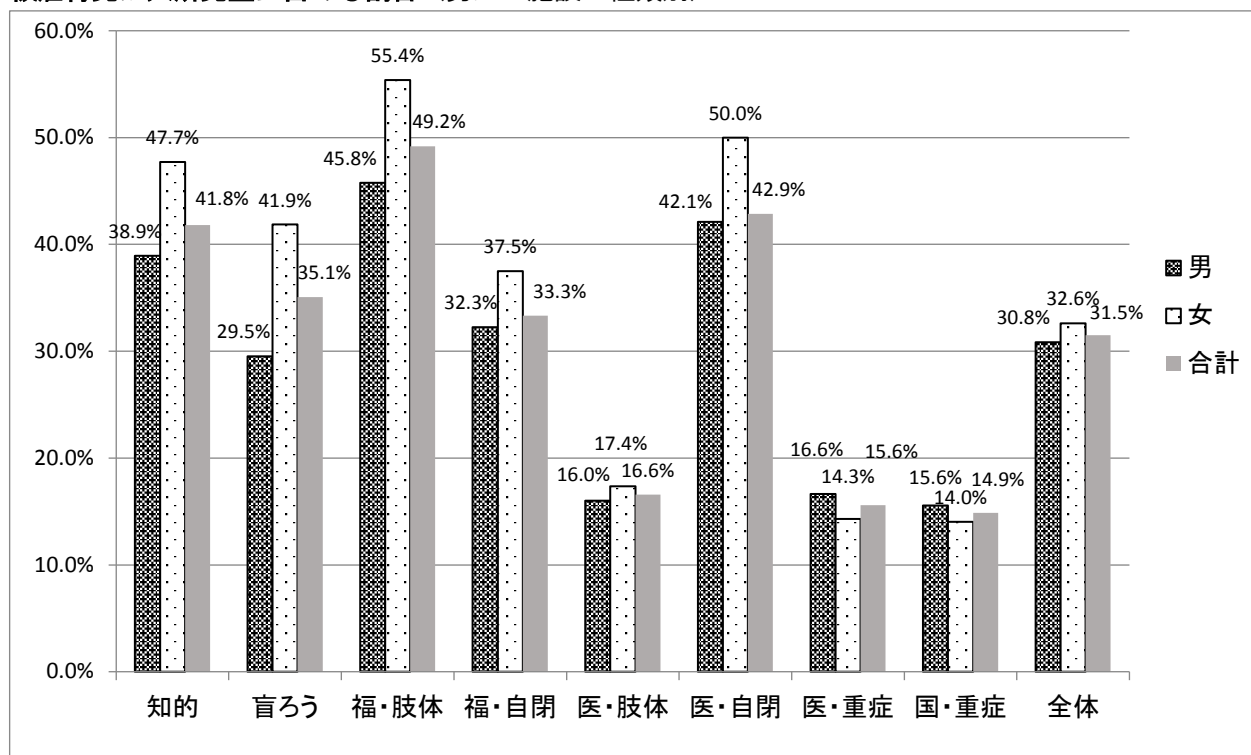
(2) 被虐待児童、被虐待疑い児童、全被虐待児童の数と入所児童に占める割合（男女・施設の種別）

		知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
被虐待児童	男	1,027	20	46	7	97	16	88	36	1,337
		30.6%	19.0%	39.0%	22.6%	13.2%	42.1%	10.1%	9.2%	23.7%
	女	621	21	32	2	82	2	72	31	863
		37.9%	24.4%	49.2%	25.0%	15.3%	50.0%	10.2%	9.7%	25.7%
	合計	1,648	41	78	9	179	18	160	67	2,200
		33.0%	21.5%	42.6%	23.1%	14.1%	42.9%	10.1%	9.4%	24.4%
被虐待疑い児童	男	281	11	8	3	21	0	57	25	406
		8.4%	10.5%	6.8%	9.7%	2.8%	0.0%	6.5%	6.4%	7.2%
	女	160	15	4	1	11	0	29	14	234
		9.8%	17.4%	6.2%	12.5%	2.1%	0.0%	4.1%	4.4%	7.0%
	合計	441	26	12	4	32	0	86	39	640
		8.8%	13.6%	6.6%	10.3%	2.5%	0.0%	5.4%	5.5%	7.1%
* 被虐待児	男	1,308	31	54	10	118	16	145	61	1,743
		38.9%	29.5%	45.8%	32.3%	16.0%	42.1%	16.6%	15.6%	30.8%
	女	781	36	36	3	93	2	101	45	1,097
		47.7%	41.9%	55.4%	37.5%	17.4%	50.0%	14.3%	14.0%	32.6%
	合計	2,089	67	90	13	211	18	246	106	2,840
		41.8%	35.1%	49.2%	33.3%	16.6%	42.9%	15.6%	14.9%	31.5%

\*：被虐待児童、被虐待疑い児童を合わせた全被虐待児童（以下「被虐待児」と略する）

全入所児童数 9,016 名（契約 4,806 名、措置 4,210 名）の中で、被虐待児童は 2,200 名（入所児童の 24.4%）、被虐待疑い児童は 640 名（7.1%）で、合計の全被虐待児童（以下「被虐待児」とする）は 2,840 名で全入所児童の 31.5%であった。施設の種別では、福祉型肢体不自由児施設が 49.2%と最も多く、次いで医療型自閉症児施設 42.9%、知的障害児施設 41.8%であった。

被虐待児が入所児童に占める割合（男女・施設の種別）



障害児入所施設へ入所している被虐待児童の実態調査は、過去に肢体不自由児施設（医療型）および知的障害児施設について、それぞれの団体が複数回行っているが、全ての障害児入所施設について行われたのは今回が初めてである。その結果、施設全体で被虐待児童および被虐待疑い児童は、全入所児童の 31.5%であった。全国の肢体不自由児施設（医療型）の調査では、平成 22 年 3 月 1 日現在で被虐待児童は入所児童の 12%であったが、今回、医療型肢体不自由児施設では 16.6%であった。

全国の児童相談所での児童虐待相談対応件数が年々増加しているが、それと同様に障害児入所施設での被虐待児童が増加していることが考えられる。

### (3) 被虐待児が契約および措置入所児童に占める割合（施設の種別別）

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
契約で入所している被虐待児	218 10.9%	7 14.3%	1 2.1%	4 13.8%	14 1.5%	9 29.0%	24 2.1%	15 2.8%	292 6.1%
全契約入所児童	2,004	49	47	29	946	31	1,166	534	4,806
措置で入所している被虐待児	1,871 62.5%	60 42.3%	89 65.4%	9 90.0%	197 60.2%	9 81.8%	222 53.8%	91 50.8%	2,548 60.5%
全措置入所児童	2,992	142	136	10	327	11	413	179	4,210

施設全体で全契約入所児童の 6.1%が被虐待児であった。施設の種別別では、医療型自閉症児施設 29.0%、盲ろう児施設 14.3%、福祉型自閉症児施設 13.8%であった。

### (4) 契約および措置入所児童が被虐待児に占める割合（施設の種別別）

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
契約で入所している被虐待児	218 10.4%	7 10.4%	1 1.1%	4 30.8%	14 6.6%	9 50.0%	24 9.8%	15 14.2%	292 10.3%
措置で入所している被虐待児	1,871 89.6%	60 89.6%	89 98.9%	9 69.2%	197 93.4%	9 50.0%	222 90.2%	91 85.8%	2,548 89.7%
被虐待児	2,089	67	90	13	211	18	246	106	2,840

被虐待児の 10.3%が契約入所であった。施設の種別別では、医療型自閉症児施設 50.0%、福祉型自閉症児施設 30.8%であった。

被虐待児は、本来は措置入所になると考えられるが、全契約入所児童の 6.1%が被虐待児であり、また、被虐待児の 10.3%が契約で入所していた。被虐待児の入所に際して、児童相談所が措置と契約についてどのように判断しているか検討する必要がある。

### (5) 保険入院、一時保護委託、その他の被虐待児の数とそれぞれが占める割合（施設の種別別）

		知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
保険入院	被虐待児					0 0.0%		0 0.0%		0 0.0%
	全児童数	0	0	0	0	50	0	20	0	70
一時保護委託	被虐待児	17 58.6%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%	1 100.0%	3 100.0%	1 100.0%	27 60.0%
	全児童数	29	1	4	1	5	1	3	1	45
その他	被虐待児	1 50.0%				0 0.0%		0 0.0%		1 20.0%
	全児童数	2	0	0	0	2	0	1	0	5
合計	被虐待児	18 58.1%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.0%	1 100.0%	3 12.5%	1 100.0%	28 23.3%
	全児童数	31	1	4	1	57	1	24	1	120

被虐待児は保険入院では 0 名、一時保護委託では 27 名（60.0%）であった。



## B. 児童個人票による調査

調査対象 492 施設中、206 施設から 1,772 名の児童個人票が返送された。

児童相談所が虐待と認定している被虐待児童は 1,302 名（73.5%）で、405 名（22.9%）は施設の判断として、虐待がある、または強く疑われる被虐待疑い児童であった。

集計結果の主なものとは下記の通りである。

集計は、被虐待児童および被虐待疑い児童を合わせた全被虐待児童（被虐待児）で行った。また、入所の種類で契約・措置入所、保険入院、一時保護委託、その他を合わせて「入所」として集計した。

### 虐待を受ける前の、基礎疾患・障害の有無

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
不明	105	8.3%	3	3.4%	7	15.6%	0	0.0%	10	6.4%	6	85.7%	16	8.7%	3	15.0%	150	8.5%
なし	49	3.9%	11	12.4%	4	8.9%	0	0.0%	25	15.9%	0	0.0%	50	27.2%	3	15.0%	142	8.0%
あり	1,090	86.6%	74	83.1%	34	75.6%	12	100.0%	122	77.7%	1	14.3%	114	62.0%	14	70.0%	1,461	82.4%
回答なし	14	1.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	19	1.1%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

1,461 名（82.4%）は虐待を受ける前に基礎疾患、障害があり、142 名（8.0%）は虐待を受ける前には基礎疾患、障害がなかった。施設の種別では、虐待を受ける前に基礎疾患、障害がなかったのは「知的」3.9%であるが、「医・肢体」15.9%、「医・重症」27.2%、「国・重症」15.0%となっており、虐待の後遺症として、身体障害が生じていることが示されている。

### 虐待を受ける前の、基礎疾患・障害の内容

#### 【S：主に身体障害者手帳関係の疾患・障害】

（複数回答のため除外：知的 15 名、盲ろう 5 名、医・肢体 12 名、医・重症 14 名、合計 46 名）

	知的 (N=1,075)		盲ろう (N=69)		福・肢体 (N=34)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=110)		医・自閉 (N=1)		医・重症 (N=100)		国・重症 (N=14)		合計 (N=1,415)	
S1 脳性麻痺	13	1.2%	0	0.0%	7	20.6%	0	0.0%	42	38.2%	0	0.0%	41	41.0%	7	50.0%	110	7.8%
S2 頭部外傷後遺症	5	0.5%	1	1.4%	1	2.9%	0	0.0%	5	4.5%	0	0.0%	8	8.0%	0	0.0%	20	1.4%
S3 頭蓋内感染症(急性脳症を含む)後遺症	1	0.1%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	5	4.5%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	9	0.6%
S4 二分脊椎またはその他の脊髄損傷	2	0.2%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	9	8.2%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	14	1.0%
S5 神経筋疾患	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	5.5%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	9	0.6%
S6 先天性四肢形成不全症	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
S7 骨関節疾患	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.7%	0	0.0%	1	1.0%	1	7.1%	6	0.4%
S8 その他先天性疾患	21	2.0%	2	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	12	10.9%	0	0.0%	14	14.0%	0	0.0%	49	3.5%
S9 視覚障害	4	0.4%	9	13.0%	2	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	1.1%
S10 聴覚障害	9	0.8%	18	26.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	29	2.0%
S11 音声・言語障害、嚥下障害	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	4	0.3%
S12 内部障害(心臓・呼吸・腎臓・泌尿器)	18	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.7%	0	0.0%	5	5.0%	0	0.0%	26	1.8%
S13 その他	55	5.1%	2	2.9%	3	8.8%	2	16.7%	11	10.0%	0	0.0%	20	20.0%	4	28.6%	97	6.9%
S14 S1に関しては不明	48	4.5%	3	4.3%	3	8.8%	2	16.7%	3	2.7%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	60	4.2%
S15 S1に関する疾患・障害なし	474	44.1%	24	34.8%	5	14.7%	8	66.7%	4	3.6%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	517	36.5%
回答なし	419	39.0%	10	14.5%	11	32.4%	0	0.0%	5	4.5%	1	100.0%	1	1.0%	2	14.3%	449	31.7%
合計	1,075	100.0%	69	100.0%	34	100.0%	12	100.0%	110	100.0%	1	100.0%	100	100.0%	14	100.0%	1,415	100.0%

#### 【R：主に、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳関係の疾患・障害】

（複数回答のため除外：知的 226 名、盲ろう 3 名、福・肢体 3 名、福・自閉 7 名、医・肢体 2 名、医・重症 7 名、合計 248 名）

	知的 (N=864)		盲ろう (N=71)		福・肢体 (N=31)		福・自閉 (N=5)		医・肢体 (N=120)		医・自閉 (N=1)		医・重症 (N=107)		国・重症 (N=14)		合計 (N=1,213)	
R1 知的障害	729	84.4%	45	63.4%	25	80.6%	0	0.0%	77	64.2%	0	0.0%	60	56.1%	11	78.6%	947	78.1%
R2 染色体異常	15	1.7%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.3%	0	0.0%	6	5.6%	0	0.0%	26	2.1%
R3 自閉症スペクトラム障害	67	7.8%	7	9.9%	1	3.2%	5	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	81	6.7%
R4 学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5 注意欠如多動性障害(ADHD)	22	2.5%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	2.0%
R6 高次脳機能障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	2	0.2%
R7 その他	7	0.8%	2	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	9	8.4%	0	0.0%	20	1.6%
R8 R1に関しては不明	6	0.7%	2	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	11	9.2%	0	0.0%	3	2.8%	0	0.0%	22	1.8%
R9 R1に関する疾患・障害なし	8	0.9%	6	8.5%	1	3.2%	0	0.0%	9	7.5%	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	26	2.1%
回答なし	10	1.2%	7	9.9%	4	12.9%	0	0.0%	16	13.3%	0	0.0%	25	23.4%	3	21.4%	65	5.4%
合計	864	100.0%	71	100.0%	31	100.0%	5	100.0%	120	100.0%	1	100.0%	107	100.0%	14	100.0%	1,213	100.0%

（基礎疾患、障害の内容は、設問で「S と R からそれぞれ 1 つのみ選択」としたため、複数回答は除外して集計した。それぞれの基礎疾患・障害の割合は、本来なら総人数に占める割合を計算するべきであるが、複数回答を除外したため、1 つのみ回答した人数に占める割合を計算した。このため、それぞれの割合は、総人数での割合を反映していない。）

**初めて虐待が生じた年齢**（回答なし：知的 96 名、盲ろう 5 名、福・肢体 1 名、福・自閉 2 名、医・肢体 9 名、医・重症 7 名、国・重症 1 名、合計 121 名）

	知的 (N=507)	盲ろう (N=48)	福・肢体 (N=29)	福・自閉 (N=9)	医・肢体 (N=85)	医・自閉 (N=2)	医・重症 (N=116)	国・重症 (N=10)	合計 (N=806)
平均年齢	4.9	3.4	3.4	9.9	1.7	6.5	1.6	1.6	3.9
SD	3.7	3.2	3.3	3.0	2.0	2.5	2.2	1.7	3.6
最少年齢	0	0	0	3	0	4	0	0	0
最大年齢	16	16	13	15	15	9	14	5	16
不明(人数)	655	36	15	1	63	5	61	9	845

初めて虐待が生じた年齢は、全体では平均 3.9 歳であるが、「医・肢体」、「医・重症」、「国・重症」では、1 歳代であった。設問 4)、5)（設問の内容は「分担研究報告 2」を参照。以下同じ。）の結果を合せると、これらの施設では、虐待前に基礎疾患、障害がなかった割合が他の施設よりも多く、乳幼児期に虐待をうけ、身体障害が発生し医療機関へ入院、その後障害児施設へ入所という状況が考えられる。

**虐待の種類**（主たる虐待：一つのみ回答、従たる虐待：複数回答）

#### 【主たる虐待の種類】

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
身体的虐待	194	15.4%	19	21.3%	9	20.0%	2	16.7%	8	5.1%	1	14.3%	18	9.8%	3	15.0%	254	14.3%
性的虐待	33	2.6%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	37	2.1%
ネグレクト	269	21.4%	11	12.4%	6	13.3%	4	33.3%	35	22.3%	1	14.3%	13	7.1%	2	10.0%	341	19.2%
心理的虐待	29	2.3%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	34	1.9%
回答なし	733	58.3%	54	60.7%	29	64.4%	5	41.7%	112	71.3%	5	71.4%	153	83.2%	15	75.0%	1,106	62.4%

#### 【従たる虐待の種類】

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
身体的虐待	346	27.5%	29	32.6%	21	46.7%	4	33.3%	49	31.2%	5	71.4%	65	35.3%	3	15.0%	522	29.5%
性的虐待	58	4.6%	3	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	64	3.6%
ネグレクト	584	46.4%	42	47.2%	21	46.7%	2	16.7%	69	43.9%	0	0.0%	93	50.5%	12	60.0%	823	46.4%
心理的虐待	215	17.1%	20	22.5%	8	17.8%	2	16.7%	8	5.1%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	254	14.3%
回答なし	304	24.2%	21	23.6%	8	17.8%	5	41.7%	40	25.5%	2	28.6%	33	17.9%	5	25.0%	418	23.6%

#### 【主および従たる虐待の種類の合計】

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
身体的虐待	540	42.9%	48	53.9%	30	66.7%	6	50.0%	57	36.3%	6	85.7%	83	45.1%	6	30.0%	776	43.8%
性的虐待	91	7.2%	5	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	101	5.7%
ネグレクト	853	67.8%	53	59.6%	27	60.0%	6	50.0%	104	66.2%	1	14.3%	106	57.6%	14	70.0%	1,164	65.7%
心理的虐待	244	19.4%	23	25.8%	9	20.0%	3	25.0%	8	5.1%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	288	16.3%
回答なし*	61	4.8%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	8	4.3%	0	0.0%	72	4.1%

\*：主たる虐待と従たる虐待のいずれにも回答なし

主たる虐待では回答なしが 62.4%あり、主たる虐待と従たる虐待の区別が困難であったことが考えられる。主および従たる虐待の合計では、ネグレクトが 1,164 名 (65.7%) と最も多く、身体的虐待が 776 名 (43.8%) であった。

## 虐待を受けた後の、現在の基礎疾患・障害

### 【S：主に身体障害者手帳関係の疾患・障害】

(複数回答のため除外：知的 8 名、盲ろう 6 名、福・肢体 3 名、医・肢体 17 名、医・重症 18 名、国・重症 1 名、合計 53 名)

	知的 (N=1,250)		盲ろう (N=83)		福・肢体 (N=42)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=140)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=166)		国・重症 (N=19)		合計 (N=1,719)	
S1 脳性麻痺	15	1.2%	0	0.0%	5	11.9%	0	0.0%	48	34.3%	0	0.0%	51	30.7%	10	52.6%	129	7.5%
S2 頭部外傷後遺症	13	1.0%	2	2.4%	6	14.3%	0	0.0%	31	22.1%	0	0.0%	55	33.1%	1	5.3%	108	6.3%
S3 頭蓋内感染症(急性脳症を含む)後遺症	1	0.1%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	4	2.9%	0	0.0%	6	3.6%	1	5.3%	13	0.8%
S4 二分脊椎またはその他の脊髄損傷	2	0.2%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	11	7.9%	0	0.0%	2	1.2%	0	0.0%	16	0.9%
S5 神経筋疾患	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	4.3%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	9	0.5%
S6 先天性四肢形成不全症	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
S7 骨関節疾患	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.1%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	5	0.3%
S8 その他先天性疾患	11	0.9%	2	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	11	7.9%	0	0.0%	11	6.6%	0	0.0%	35	2.0%
S9 視覚障害	3	0.2%	16	19.3%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	20	1.2%
S10 聴覚障害	10	0.8%	20	24.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	32	1.9%
S11 音声・言語障害、嚥下障害	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	4	0.2%
S12 内部障害(心臓・呼吸・腎臓・泌尿器)	10	0.8%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.4%	0	0.0%	5	3.0%	0	0.0%	18	1.0%
S13 その他	54	4.3%	3	3.6%	4	9.5%	2	16.7%	14	10.0%	0	0.0%	21	12.7%	5	26.3%	103	6.0%
S14 Sに関する疾患・障害なし	561	44.9%	27	32.5%	7	16.7%	9	75.0%	5	3.6%	2	28.6%	4	2.4%	0	0.0%	615	35.8%
回答なし	563	45.0%	12	14.5%	17	40.5%	1	8.3%	3	2.1%	5	71.4%	8	4.8%	2	10.5%	611	35.5%
合計	1,250	100.0%	83	100.0%	42	100.0%	12	100.0%	140	100.0%	7	100.0%	166	100.0%	19	100.0%	1,719	100.0%

【R：主に、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳関係の疾患・障害】(複数回答のため除外：知的 232 名、盲ろう 1 名、福・肢体 1 名、福・自閉 7 名、医・肢体 2 名、医・自閉 3 名、医・重症 6 名、国・重症 1 名、合計 253 名)

	知的 (N=1,026)		盲ろう (N=88)		福・肢体 (N=44)		福・自閉 (N=5)		医・肢体 (N=155)		医・自閉 (N=4)		医・重症 (N=178)		国・重症 (N=19)		合計 (N=1,519)	
R1 知的障害	795	77.5%	49	55.7%	32	72.7%	0	0.0%	103	66.5%	0	0.0%	98	55.1%	14	73.7%	1,091	71.8%
R2 染色体異常	12	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	19	1.3%
R3 自閉症スペクトラム障害	68	6.6%	7	8.0%	0	0.0%	4	80.0%	1	0.6%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	82	5.4%
R4 学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5 注意欠如多動性障害(ADHD)	21	2.0%	2	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	25	1.6%
R6 高次脳機能障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	3	1.7%	0	0.0%	4	0.3%
R7 その他	15	1.5%	4	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	4	2.6%	0	0.0%	9	5.1%	0	0.0%	32	2.1%
R8 Rに関する疾患・障害なし	34	3.3%	13	14.8%	6	13.6%	0	0.0%	10	6.5%	0	0.0%	5	2.8%	0	0.0%	68	4.5%
回答なし	81	7.9%	13	14.8%	6	13.6%	1	20.0%	33	21.3%	0	0.0%	59	33.1%	5	26.3%	198	13.0%
合計	1,026	100.0%	88	100.0%	44	100.0%	5	100.0%	155	100.0%	4	100.0%	178	100.0%	19	100.0%	1,519	100.0%

(基礎疾患、障害の内容は、設問で「S と R からそれぞれ 1 つのみ選択」としたため、複数回答は除外して集計した。それぞれの基礎疾患・障害の割合は、本来なら総人数に占める割合を計算するべきであるが、複数回答を除外したため、1 つのみ回答した人数に占める割合を計算した。このため、それぞれの割合は、総人数での割合を反映していない。)

### 虐待と現在の基礎疾患、障害（主となる診断名）との関係

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
もともと正常だったが、虐待の結果、基礎疾患、障害が生じた	16	1.3%	7	7.9%	4	8.9%	0	0.0%	31	19.7%	0	0.0%	50	27.2%	1	5.0%	109	6.2%
もともと基礎疾患、障害があり、虐待の結果、基礎疾患、障害の程度が悪化した、もしくは、新たな基礎疾患、障害が生じた	106	8.4%	6	6.7%	5	11.1%	3	25.0%	9	5.7%	2	28.6%	16	8.7%	3	15.0%	150	8.5%
もともと基礎疾患、障害があり、虐待の後でも程度の変化はない	746	59.3%	60	67.4%	14	31.1%	9	75.0%	99	63.1%	2	28.6%	82	44.6%	11	55.0%	1,023	57.7%
虐待が原因であるとの証拠はないが、関連が強く疑われる	110	8.7%	9	10.1%	2	4.4%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	12	6.5%	2	10.0%	138	7.8%
その他	16	1.3%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	7	4.5%	0	0.0%	6	3.3%	0	0.0%	30	1.7%
不明	221	17.6%	5	5.6%	18	40.0%	0	0.0%	8	5.1%	3	42.9%	13	7.1%	0	0.0%	268	15.1%
回答なし	43	3.4%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.7%	3	15.0%	54	3.0%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

虐待によって以前からの基礎疾患や障害の程度に変化がなかったのは 1,023 名 (57.7%) であり、397 名 (22.4%) は虐待の結果 (強い疑いを含む)、基礎疾患や障害が生じたり、その程度が悪化していた。施設の種類別では、設問 5) で虐待を受ける前に基礎疾患や障害がなかったのが、「医・肢体」、「医・重症」、「国・重症」で多くみられたことと同じように、これらの施設では基礎疾患や障害の発生や悪化が多くみられた

## 虐待を受けた後の現在の合併症の診断名と虐待との関係（全施設）

虐待との関係	知的障害 (N=1,269)		運動障害 (N=539)		視覚障害 (N=381)		聴覚障害 (N=352)		てんかん (N=415)	
虐待後、後遺症として合併症が生じた	111	8.7%	109	20.2%	64	16.8%	27	7.7%	86	20.7%
虐待後、後遺症として合併症の程度がさらに強くなった	63	5.0%	12	2.2%	2	0.5%	0	0.0%	3	0.7%
虐待後でも合併症の程度は変化していない	710	55.9%	256	47.5%	169	44.4%	178	50.6%	180	43.4%
不明	385	30.3%	162	30.1%	146	38.3%	147	41.8%	146	35.2%
合計	1,269	100.0%	539	100.0%	381	100.0%	352	100.0%	415	100.0%

## 主たる虐待者（1名のみ回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
実父	225	17.9%	22	24.7%	5	11.1%	5	41.7%	23	14.6%	2	28.6%	30	16.3%	2	10.0%	314	17.7%
実母	517	41.1%	33	37.1%	21	46.7%	5	41.7%	93	59.2%	2	28.6%	78	42.4%	10	50.0%	759	42.8%
継父	37	2.9%	5	5.6%	0	0.0%	1	8.3%	3	1.9%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	49	2.8%
継母	6	0.5%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	12	0.7%
祖父	5	0.4%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.3%
祖母	7	0.6%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	9	0.5%
その他の家族	10	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	13	0.7%
親戚	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
同居人	6	0.5%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	9	0.5%
その他	12	1.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	0.8%
不明	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	5	0.3%
回答なし	435	34.6%	25	28.1%	16	35.6%	1	8.3%	32	20.4%	3	42.9%	69	37.5%	8	40.0%	589	33.2%
合計	1,264	*	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	185	*	21	*	1,780	*

\*：複数回答 注：主たる虐待者には、虐待者を2名（実父と実母）記入した回答8つ（知的6つ、医・重症1つ、国・重症1つ）を含む

## 従たる虐待者（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
実父	281	22.3%	17	19.1%	8	17.8%	2	16.7%	56	35.7%	3	42.9%	42	22.8%	7	35.0%	416	23.5%
実母	451	35.9%	25	28.1%	14	31.1%	2	16.7%	39	24.8%	2	28.6%	59	32.1%	4	20.0%	596	33.6%
継父	58	4.6%	5	5.6%	3	6.7%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	70	4.0%
継母	17	1.4%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19	1.1%
祖父	31	2.5%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	4	2.2%	1	5.0%	40	2.3%
祖母	51	4.1%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	2	1.1%	1	5.0%	61	3.4%
その他の家族	57	4.5%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	3	1.9%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	66	3.7%
親戚	13	1.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	0.8%
同居人	20	1.6%	1	1.1%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	22	1.2%
その他	20	1.6%	0	0.0%	2	4.4%	0	0.0%	5	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	27	1.5%
不明	32	2.5%	0	0.0%	4	8.9%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	30	16.3%	2	10.0%	72	4.1%
回答なし	396	31.5%	36	40.4%	17	37.8%	8	66.7%	60	38.2%	2	28.6%	62	33.7%	7	35.0%	588	33.2%

## 主および従たる虐待者の合計

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
実父	506	40.2%	39	43.8%	13	28.9%	7	58.3%	79	50.3%	5	71.4%	72	39.1%	9	45.0%	730	41.2%
実母	968	76.9%	58	65.2%	35	77.8%	7	58.3%	132	84.1%	4	57.1%	137	74.5%	14	70.0%	1,355	76.5%
継父	95	7.6%	10	11.2%	3	6.7%	1	8.3%	5	3.2%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	119	6.7%
継母	23	1.8%	4	4.5%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	31	1.7%
祖父	36	2.9%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	4	2.2%	1	5.0%	46	2.6%
祖母	58	4.6%	2	2.2%	2	4.4%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	3	1.6%	1	5.0%	70	4.0%
その他の家族	67	5.3%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	79	4.5%
親戚	14	1.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	0.8%
同居人	26	2.1%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	31	1.7%
その他	32	2.5%	0	0.0%	3	6.7%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	41	2.3%
不明*	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
回答なし*	22	1.7%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	24	1.4%

\*：主たる虐待者、従たる虐待者のいずれも不明あるいは回答なしの人数

主たる虐待者と従たる虐待者について回答なしがそれぞれ 30%以上あり、それらの判断が困難だったことが考えられる。それぞれの虐待者の合計では、実母が 1,355 名 (76.5%) で最も多くみられた。障害児の養育は母親が担っていることが多く、設問 7) の虐待の種類としてネグレクトが 65.7%と最も多いため、母親が虐待者と判断されていると考えられる。

「その他の家族」の内容 (全施設 N=79) (複数回答) : 兄弟・姉妹 63、叔父・叔母 13

「その他」の内容 (全施設 N=41) (複数回答) : 交際相手など 27、知人 3、里親 3、近所の男性 5、養祖父 1  
虐待発生時から現在までの同胞への虐待またはその疑い

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待あり	273	21.7%	22	24.7%	7	15.6%	0	0.0%	17	10.8%	0	0.0%	20	10.9%	0	0.0%	339	19.1%
虐待の疑いあり	168	13.4%	16	18.0%	7	15.6%	0	0.0%	26	16.6%	3	42.9%	21	11.4%	1	5.0%	242	13.7%
虐待なし	267	21.2%	25	28.1%	6	13.3%	7	58.3%	61	38.9%	0	0.0%	50	27.2%	5	25.0%	421	23.8%
同胞なし	164	13.0%	13	14.6%	5	11.1%	2	16.7%	26	16.6%	2	28.6%	26	14.1%	2	10.0%	240	13.5%
不明	288	22.9%	13	14.6%	20	44.4%	3	25.0%	27	17.2%	2	28.6%	53	28.8%	12	60.0%	418	23.6%
回答なし	102	8.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	16	8.7%	0	0.0%	119	6.7%
合計	1,262	*	90	*	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	186	*	20	100.0%	1,779	*

\* : 複数回答 注 : 複数回答 7 つ (知的 4 つ、盲ろう 1 つ、医・重症 2 つ) あり

同胞への虐待は疑いを含めて 581 名 (32.8%) にみられ、虐待の種類では、ネグレクトが 300 名 (51.6%) で最も多くみられた。

## 虐待者の認識 (意識)

【虐待発生時】 (複数回答)

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待を自覚	252	20.0%	18	20.2%	7	15.6%	7	58.3%	28	17.8%	0	0.0%	24	13.0%	5	25.0%	341	19.2%
行為は認めるが虐待とは認めない・問題意識なし	362	28.8%	29	32.6%	13	28.9%	2	16.7%	55	35.0%	0	0.0%	51	27.7%	3	15.0%	515	29.1%
自らの非を認めない・他の責任にする	134	10.7%	19	21.3%	4	8.9%	0	0.0%	27	17.2%	1	14.3%	19	10.3%	1	5.0%	205	11.6%
行為を覚えていない	23	1.8%	2	2.2%	0	0.0%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	7	3.8%	0	0.0%	37	2.1%
その他	25	2.0%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	7	3.8%	2	10.0%	43	2.4%
不明	425	33.8%	16	18.0%	19	42.2%	1	8.3%	38	24.2%	6	85.7%	72	39.1%	9	45.0%	586	33.1%
回答なし	44	3.5%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	11	6.0%	0	0.0%	60	3.4%

【現在】 (複数回答)

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待を自覚	250	19.9%	21	23.6%	8	17.8%	7	58.3%	33	21.0%	0	0.0%	18	9.8%	2	10.0%	339	19.1%
行為は認めるが虐待とは認めない・問題意識なし	285	22.7%	20	22.5%	10	22.2%	2	16.7%	42	26.8%	4	57.1%	35	19.0%	3	15.0%	401	22.6%
自らの非を認めない・他の責任にする	100	7.9%	12	13.5%	2	4.4%	0	0.0%	20	12.7%	1	14.3%	11	6.0%	1	5.0%	147	8.3%
行為を覚えていない	27	2.1%	4	4.5%	0	0.0%	1	8.3%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	36	2.0%
その他	35	2.8%	5	5.6%	1	2.2%	1	8.3%	7	4.5%	0	0.0%	8	4.3%	4	20.0%	61	3.4%
不明	531	42.2%	25	28.1%	24	53.3%	1	8.3%	56	35.7%	2	28.6%	101	54.9%	10	50.0%	750	42.3%
回答なし	36	2.9%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	48	2.7%

虐待者の認識は、主たる虐待者を想定していたため、回答は 1 つのみにしていたが、設問で「主たる虐待者についてのみ回答」と記載していなかったため、従たる虐待者の意識も回答したと考え、複数回答も集計に加えた。

虐待を自覚しているのは、虐待発生時と現在で、それぞれ 341 名 (19.2%)、339 名 (19.1%) と差はなく、現状では虐待者が虐待を自覚するための対応は困難であることが示された。



## 虐待と関連していると考えられる要因・背景の有無

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
あり	1,093	86.9%	84	94.4%	35	77.8%	12	100.0%	141	89.8%	7	100.0%	146	79.3%	16	80.0%	1,534	86.6%
特になし	18	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	1.4%
不明	131	10.4%	4	4.5%	10	22.2%	0	0.0%	10	6.4%	0	0.0%	35	19.0%	4	20.0%	194	10.9%
回答なし	16	1.3%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	20	1.1%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

## 要因・背景の内容（複数回答）

### 【妊娠・出産に関すること】

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
望まない妊娠・出産	69	5.5%	12	13.5%	2	4.4%	0	0.0%	12	7.6%	0	0.0%	13	7.1%	2	10.0%	110	6.2%
出生後、長期収容分離	16	1.3%	1	1.1%	3	6.7%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	26	1.5%
婚外子	59	4.7%	7	7.9%	2	4.4%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	87	4.9%
出産後不調・疾患	85	6.8%	4	4.5%	1	2.2%	0	0.0%	3	1.9%	1	14.3%	11	6.0%	1	5.0%	106	6.0%
その他	55	4.4%	5	5.6%	4	8.9%	1	8.3%	12	7.6%	0	0.0%	18	9.8%	2	10.0%	97	5.5%

### 【養育者の問題】

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
精神疾患	332	26.4%	21	23.6%	6	13.3%	3	25.0%	26	16.6%	2	28.6%	31	16.8%	2	10.0%	423	23.9%
身体的疾患	46	3.7%	4	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	8	5.1%	0	0.0%	9	4.9%	3	15.0%	70	4.0%
神経症	20	1.6%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	3.2%	1	14.3%	3	1.6%	0	0.0%	30	1.7%
アルコール中毒	43	3.4%	5	5.6%	1	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	54	3.0%
薬物濫用	27	2.1%	2	2.2%	2	4.4%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	36	2.0%
知能の問題	393	31.2%	21	23.6%	7	15.6%	0	0.0%	41	26.1%	0	0.0%	31	16.8%	5	25.0%	498	28.1%
性格の問題	227	18.0%	29	32.6%	3	6.7%	1	8.3%	24	15.3%	2	28.6%	25	13.6%	3	15.0%	314	17.7%
生育歴の問題	165	13.1%	11	12.4%	3	6.7%	1	8.3%	22	14.0%	1	14.3%	26	14.1%	2	10.0%	231	13.0%
生育歴の内容																		
虐待を受けた	67	5.3%	5	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	88	5.0%
その他	94	7.5%	7	7.9%	3	6.7%	0	0.0%	10	6.4%	1	14.3%	18	9.8%	1	5.0%	134	7.6%
その他	108	8.6%	6	6.7%	7	15.6%	2	16.7%	24	15.3%	0	0.0%	16	8.7%	4	20.0%	167	9.4%

### 【児の問題】

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
疾病・障害	674	53.6%	59	66.3%	24	53.3%	8	66.7%	81	51.6%	3	42.9%	92	50.0%	13	65.0%	954	53.8%
行動の問題	436	34.7%	24	27.0%	14	31.1%	11	91.7%	9	5.7%	7	100.0%	6	3.3%	0	0.0%	507	28.6%
その他	14	1.1%	4	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	10	6.4%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	32	1.8%

### 【家庭の問題】

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
経済的不安定	505	40.1%	45	50.6%	15	33.3%	5	41.7%	66	42.0%	0	0.0%	56	30.4%	9	45.0%	701	39.6%
夫婦不和・不安定	268	21.3%	24	27.0%	9	20.0%	2	16.7%	44	28.0%	3	42.9%	41	22.3%	7	35.0%	398	22.5%
他の家族との葛藤(嫁・姑の問題など)	87	6.9%	5	5.6%	2	4.4%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%	12	6.5%	0	0.0%	115	6.5%
育児負担過大	358	28.5%	31	34.8%	8	17.8%	4	33.3%	37	23.6%	2	28.6%	52	28.3%	3	15.0%	495	27.9%
孤立した家庭	160	12.7%	11	12.4%	5	11.1%	1	8.3%	15	9.6%	0	0.0%	16	8.7%	2	10.0%	210	11.9%
その他	124	9.9%	9	10.1%	6	13.3%	1	8.3%	17	10.8%	2	28.6%	20	10.9%	3	15.0%	182	10.3%

要因・背景として、児の疾病・障害が 954 名（53.8%）で最も多く、経済的不安定 701 名（39.6%）、育児負担過大 495 名（27.9%）だった。このことから、疾病や障害が障害児虐待のハイリスク要因になっており、障害児虐待発生の予防として養育者へ経済的および養育の支援が重要であることが示された。施設の種別では、「行動の問題」が「医・自閉」100%、「福・自閉」91.7%、その他の福祉型施設で 30%前後みられた。自閉症児施設では、「行動の問題」が虐待発生の大きな要因・背景になっていることが示された。

## 施設での被虐待児への対応（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
A 被虐待児として特別な対応をしている	531	42.2%	58	65.2%	26	57.8%	10	83.3%	78	49.7%	6	85.7%	48	26.1%	5	25.0%	762	43.0%
（対応の内容）																		
①専門的知識、技術のあるスタッフによって子どもの評価・治療を行っている	319	25.4%	26	29.2%	23	51.1%	7	58.3%	63	40.1%	6	85.7%	28	15.2%	1	5.0%	473	26.7%
②その他のスタッフによって子どもの評価・治療を行っている	259	20.6%	35	39.3%	25	55.6%	6	50.0%	20	12.7%	4	57.1%	31	16.8%	1	5.0%	381	21.5%
③施設外の専門クリニック、虐待防止センターなどを受診している	113	9.0%	7	7.9%	6	13.3%	5	41.7%	1	0.6%	0	0.0%	7	3.8%	0	0.0%	139	7.8%
④児童相談所のケースワーカー、心理士などの定期的面接を行っている	259	20.6%	39	43.8%	8	17.8%	7	58.3%	27	17.2%	2	28.6%	15	8.2%	4	20.0%	361	20.4%
⑤その他	183	14.5%	19	21.3%	14	31.1%	6	50.0%	28	17.8%	0	0.0%	19	10.3%	0	0.0%	269	15.2%
B 被虐待児として特別な対応はしていない	612	48.6%	26	29.2%	16	35.6%	0	0.0%	64	40.8%	1	14.3%	129	70.1%	13	65.0%	861	48.6%
C その他	53	4.2%	4	4.5%	3	6.7%	0	0.0%	14	8.9%	0	0.0%	1	0.5%	1	5.0%	76	4.3%
D 回答なし	62	4.9%	1	1.1%	0	0.0%	2	16.7%	1	0.6%	0	0.0%	6	3.3%	1	5.0%	73	4.1%

## 「専門的知識・技術のあるスタッフ」の職種と「評価・治療」の内容（複数回答）

（職種）		
心理士	263	55.6%
医師	283	59.8%
MSW	47	9.9%
その他	71	15.0%
職種の回答なし	22	4.7%
（評価・治療の内容）		
治療的養育	209	44.2%
ペアレントトレーニング	27	5.7%
ライフストーリーワーク	11	2.3%
その他	113	23.9%
内容の回答なし	74	15.6%

## 「被虐待児として特別な対応はしていない」理由（全施設 回答数 556） （自由記載であるが、類似した内容をカテゴリーに分類して集計した）

安定している、問題行動なし	190
入所児としての一般的な対応をしている、特別には必要なし	168
障害のため理解できない、虐待の認識がない	67
基礎疾患の治療など他の対応を優先している	60
他機関が対応している	32
専門職がいない、対応する時間がとれない	31
本人が拒否・希望しない	3
入所後の期間が短い	3
児童相談所より特別な配慮等の引き継ぎがないため	1
本児の障害程度について、職員に周知しているため	1

## 虐待者への対応（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
A 施設で対応している	585	46.5%	32	36.0%	28	62.2%	8	66.7%	82	52.2%	2	28.6%	83	45.1%	9	45.0%	829	46.8%
（対応の内容）																		
①担当者を決めて対応している	467	37.1%	25	28.1%	22	48.9%	6	50.0%	80	51.0%	2	28.6%	65	35.3%	6	30.0%	673	38.0%
②専門的知識・技術のあるスタッフによって虐待者の評価と対応を行っている	172	13.7%	6	6.7%	13	28.9%	3	25.0%	37	23.6%	2	28.6%	22	12.0%	0	0.0%	255	14.4%
③その他のスタッフによって虐待者の評価と対応を行っている	80	6.4%	10	11.2%	3	6.7%	3	25.0%	12	7.6%	0	0.0%	12	6.5%	4	20.0%	124	7.0%
④その他	134	10.7%	0	0.0%	7	15.6%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%	37	20.1%	4	20.0%	191	10.8%
B 他機関が対応している	713	56.7%	59	66.3%	38	84.4%	8	66.7%	67	42.7%	2	28.6%	86	46.7%	10	50.0%	983	55.5%
（対応の内容）																		
①施設外の専門クリニック、虐待防止センターなどを受診している	40	3.2%	1	1.1%	0	0.0%	2	16.7%	3	1.9%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	47	2.7%
②児童相談所のケースワーカー、心理士などの定期的面接を行っている	317	25.2%	31	34.8%	20	44.4%	6	50.0%	34	21.7%	2	28.6%	29	15.8%	5	25.0%	444	25.1%
③児童相談所で虐待者の児に対する態度・行動の評価・確認会議または連絡を行っている	364	28.9%	36	40.4%	9	20.0%	7	58.3%	30	19.1%	2	28.6%	31	16.8%	1	5.0%	480	27.1%
④その他	52	4.1%	4	4.5%	4	8.9%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	65	3.7%
C 施設でも他機関でも対応できていない	196	15.6%	16	18.0%	2	4.4%	2	16.7%	30	19.1%	1	14.3%	19	10.3%	3	15.0%	269	15.2%
D その他	16	1.3%	1	1.1%	1	2.2%	0	0.0%	20	12.7%	0	0.0%	15	8.2%	1	5.0%	54	3.0%
E 回答なし	193	15.3%	5	5.6%	2	4.4%	1	8.3%	22	14.0%	4	57.1%	49	26.6%	3	15.0%	279	15.7%

## 「担当者」の職種（複数回答）

	知的 (N=467)		盲ろう (N=25)		福・肢体 (N=22)		福・自閉 (N=6)		医・肢体 (N=80)		医・自閉 (N=2)		医・重症 (N=65)		国・重症 (N=6)		合計 (N=673)	
保育士	176	37.7%	4	16.0%	6	27.3%			13	16.3%			4	6.2%	2	33.3%	205	42.6%
指導員	176	37.7%	14	56.0%	9	40.9%	6	100.0%	11	13.8%			3	4.6%	5	83.3%	224	46.6%
児童発達支援 管理責任者	62	13.3%	6	24.0%					6	7.5%			9	13.8%			83	17.3%
支援員	52	11.1%	3	12.0%	6	27.3%			15	18.8%			5	7.7%			81	16.8%
SW,CW	33	7.1%							24	30.0%			24	36.9%			81	16.8%
心理士	13	2.8%	2	8.0%					8	10.0%			1	1.5%			24	5.0%
看護師	1	0.2%							27	33.8%			6	9.2%			34	7.1%
医師									5	6.3%	2	100.0%	1	1.5%			8	1.7%
管理職	96	20.6%	2	8.0%	1	4.5%	1	16.7%	2	2.5%			17	26.2%			119	24.7%
その他	17	3.6%							3	3.8%			14	21.5%			34	7.1%
回答なし	51	10.9%	2	8.0%					8	10.0%			9	13.8%			70	14.6%

## 「専門的知識・技術のあるスタッフ」の 職種（全施設 N=255）（複数回答）

心理士	107	42.0%
医師	101	39.6%
MSW	41	16.1%
その他	95	37.3%

## 連携した機関（全施設 N=1,772）（複数回答）

保健所	27	1.5%
保健センター	24	1.4%
助産所	0	0.0%
医療機関	300	16.9%
精神保健福祉センター	1	0.1%
学校・幼稚園	569	32.1%
教育相談室	12	0.7%
保育所	26	1.5%
児童館	1	0.1%
放課後児童クラブ	7	0.4%
児童相談所	1,395	78.7%
福祉事務所(家庭児童相談室)	52	2.9%
婦人相談所	2	0.1%
民生・児童委員	8	0.5%
市区町村福祉担当部局	252	14.2%
児童家庭支援センター	45	2.5%
乳児院	79	4.5%

児童養護施設	73	4.1%
障害児通所施設	22	1.2%
障害児入所施設	101	5.7%
母子生活支援施設	7	0.4%
警察	41	2.3%
少年センター(警察管轄)	0	0.0%
市町村少年相談センター	0	0.0%
人権擁護委員	1	0.1%
家庭裁判所	11	0.6%
児童自立支援施設	8	0.5%
弁護士	7	0.4%
虐待防止民間援助機関	0	0.0%
都道府県福祉担当部局	18	1.0%
要保護児童対策地域協議会	19	1.1%
その他	73	4.1%
連携機関なし	16	0.9%
回答なし	299	16.9%

児童相談所が 1,395 名（78.7%）と最も多く、次いで、学校・幼稚園 569 名（32.1%）、医療機関 300 名（16.9%）であった。連携機関なしが 16 名（0.9%）みられた。

## 家族との現在の関係

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
①交流あり	978	77.7%	67	75.3%	32	71.1%	8	66.7%	126	80.3%	7	100.0%	152	82.6%	12	60.0%	1,382	78.0%
交流の内容																		
電話・手紙連絡	388	30.8%	21	23.6%	22	48.9%	6	50.0%	31	19.7%	0	0.0%	66	35.9%	4	20.0%	538	30.4%
面会	618	49.1%	46	51.7%	23	51.1%	0	0.0%	112	71.3%	4	57.1%	146	79.3%	12	60.0%	961	54.2%
帰省	486	38.6%	28	31.5%	6	13.3%	8	66.7%	26	16.6%	3	42.9%	18	9.8%	1	5.0%	576	32.5%
(複数回答)																		
②交流なし	202	16.1%	18	20.2%	13	28.9%	3	25.0%	27	17.2%	0	0.0%	24	13.0%	8	40.0%	295	16.6%
③回答なし	78	6.2%	4	4.5%	0	0.0%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	8	4.3%	0	0.0%	95	5.4%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

何らかの交流があるのは 1,382 名（78.0%）で、交流の内容では面会が 961 名（54.2%）で最も多かった。



## 被虐待児受入加算費

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
平成28年6月1日現在で受けている	175	13.9%	9	10.1%	4	8.9%	5	41.7%	4	2.5%	0	0.0%	18	9.8%	1	5.0%	216	12.2%
過去に受けた	388	30.8%	23	25.8%	11	24.4%	2	16.7%	41	26.1%	0	0.0%	35	19.0%	0	0.0%	500	28.2%
受けていない	403	32.0%	44	49.4%	25	55.6%	5	41.7%	67	42.7%	7	100.0%	75	40.8%	11	55.0%	637	35.9%
回答なし	292	23.2%	13	14.6%	5	11.1%	0	0.0%	45	28.7%	0	0.0%	56	30.4%	8	40.0%	419	23.6%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

## 加算を受けていない理由

	知的 (N=403)		盲ろう (N=44)		福・肢体 (N=25)		福・自閉 (N=5)		医・肢体 (N=67)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=75)		国・重症 (N=11)		合計 (N=637)	
申請したが児童相談所が認めなかった	12	3.0%	4	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	18	2.8%
申請していない	146	36.2%	19	43.2%	12	48.0%	5	100.0%	25	37.3%	7	100.0%	31	41.3%	5	45.5%	250	39.2%
以前に、他の施設ですでに加算を受けていた	77	19.1%	13	29.5%	6	24.0%	0	0.0%	27	40.3%	0	0.0%	17	22.7%	1	9.1%	141	22.1%
その他	30	7.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	6.0%	0	0.0%	2	2.7%	0	0.0%	36	5.7%
理由の回答なし	138	34.2%	8	18.2%	7	28.0%	0	0.0%	10	14.9%	0	0.0%	25	33.3%	4	36.4%	192	30.1%
合計	403	100.0%	44	100.0%	25	100.0%	5	100.0%	67	100.0%	7	100.0%	75	100.0%	11	100.0%	637	100.0%

## 今後の退所の見通しについて

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
退所に向け準備を進めている	188	14.9%	17	19.1%	5	11.1%	0	0.0%	19	12.1%	3	42.9%	8	4.3%	0	0.0%	240	13.5%
退所の見通しがあるが具体的には未定(調整中)	181	14.4%	14	15.7%	3	6.7%	1	8.3%	19	12.1%	1	14.3%	13	7.1%	2	10.0%	234	13.2%
当面退所の予定はない	806	64.1%	55	61.8%	36	80.0%	9	75.0%	113	72.0%	3	42.9%	156	84.8%	18	90.0%	1,196	67.5%
その他	33	2.6%	2	2.2%	1	2.2%	2	16.7%	4	2.5%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	47	2.7%
回答なし	50	4.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	55	3.1%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

退所の予定なしが 1,196 名 (67.5%) であり退所の準備が進められているのは 240 名 (13.5%) であった。

### 「退所に向け準備を進めている」場合、退所先 (複数回答)

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待をした保護者宅	46	3.7%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.8%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	57	3.2%
親類宅	4	0.3%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.3%
里親	1	0.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%
他施設	110	8.7%	4	4.5%	5	11.1%	0	0.0%	12	7.6%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	136	7.7%
医療機関	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
その他	24	1.9%	10	11.2%	2	4.4%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	40	2.3%
回答なし	4	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	0.2%

退所先は、全入所児童に対し他施設が 136 名 (7.7%) で最も多くみられた。虐待した保護者宅は 57 名 (3.2%) であった。設問 19)「虐待者の認識」で示されたように、虐待を自覚しているのは虐待発生時と現在で差はみられず、そのことが虐待した保護者宅へ退所できない要因の一つになっていると考えられる。

## 退所が可能となった場合、児への訓練、ケアの必要度について (複数回答)

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
特別な訓練やケアは必要ない	135	10.7%	13	14.6%	6	13.3%	0	0.0%	13	8.3%	1	14.3%	7	3.8%	1	5.0%	176	9.9%
児の障害に対して診察・訓練が必要である	748	59.5%	52	58.4%	30	66.7%	12	100.0%	132	84.1%	5	71.4%	145	78.8%	15	75.0%	1,139	64.3%
児の合併症についての診察・訓練が必要である	105	8.3%	7	7.9%	10	22.2%	1	8.3%	36	22.9%	0	0.0%	76	41.3%	9	45.0%	244	13.8%
児の虐待による心のケアが必要である	240	19.1%	38	42.7%	11	24.4%	3	25.0%	9	5.7%	0	0.0%	8	4.3%	2	10.0%	311	17.6%
その他	67	5.3%	2	2.2%	3	6.7%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	81	4.6%
回答なし	228	18.1%	4	4.5%	2	4.4%	0	0.0%	8	5.1%	1	14.3%	25	13.6%	2	10.0%	270	15.2%

## 2. 短期入所・日中一時支援利用の被虐待児童についての調査

(平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日の利用児童)

### A. 施設調査票による調査

調査対象 492 施設中、206 施設から返送があった(返送率 41.9%)。このうち、利用児童が 0 人であった 26 施設、被虐待児童が不明の 1 施設を除く、179 施設について集計した。

#### 短期入所・日中一時支援利用

#### 児童数(施設の種別)

(N=8,077)

知的	3,775	46.7%
盲ろう	192	2.4%
福・肢体	520	6.4%
福・自閉	296	3.7%
医・肢体	1,130	14.0%
医・自閉	0	0.0%
医・重症	1,922	23.8%
国・重症	242	3.0%
合計	8,077	100.0%

#### 被虐待児童、被虐待疑い児童、全被虐待児童が、短期入所・日中一時支援利用児童に占める割合(施設の種別)

	被虐待児童				被虐待疑い児童				全被虐待児童			
	男	女	合計		男	女	合計		男	女	合計	
知的	27	8	35	0.9%	18	20	38	1.0%	45	28	73	1.9%
盲ろう	0	0	0	0.0%	0	2	2	1.0%	0	2	2	1.0%
福・肢体	5	1	6	1.2%	0	0	0	0.0%	5	1	6	1.2%
福・自閉	1	0	1	0.3%	1	0	1	0.3%	2	0	2	0.7%
医・肢体	4	0	4	0.4%	3	2	5	0.4%	7	2	9	0.8%
医・自閉	0	0	0	0.0%	0	0	0	0.0%	0	0	0	0.0%
医・重症	3	3	6	0.3%	4	5	9	0.5%	7	8	15	0.8%
国・重症	0	0	0	0.0%	1	0	1	0.4%	1	0	1	0.4%
合計	40	12	52	0.6%	27	29	56	0.7%	67	41	108	1.3%

全利用児童は 8,077 名で、このうち被虐待児童は 52 名(男 40 名、女 12 名)、被虐待疑い児童は 56 名(男 27 名、女 29 名)であった。これらを合計した全被虐待児童(被虐待児)は 108 名(男 67 名、女 41 名)で、被虐待児が利用児童に占める割合は 1.3%であった。施設の種別では、知的障害児施設が 73 名(1.9%)と最も多くみられた。

### B. 短期入所・日中一時支援利用の被虐待児童についての、児童個人票による調査

#### 児童個人票の回答施設数と回答人数(施設の種別)

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	合計
回答施設数 (N=45)	24	1	3	1	7	0	8	1	45
	53.3%	2.2%	6.7%	2.2%	15.6%	0.0%	17.8%	2.2%	100.0%
回答人数 (N=102)	48	2	25	2	10	0	14	1	102
	47.1%	2.0%	24.5%	2.0%	9.8%	0.0%	13.7%	1.0%	100.0%

45 施設から 102 名の児童個人票が返送された。施設の種別では知的障害児施設が最も多く、24 施設(53.3%)、48 名(47.1%)であった。

8 つの施設の種別では人数が少ないため、「知的」、「福・自閉」、「医・自閉」を一括して「知的・自閉」(50 名)、「盲ろう」、「福・肢体」、「医・肢体」、「医・重症」、「国・重症」を一括して「身体」(52 名)の 2 グループ別に集計した。

#### 被虐待児童、被虐待疑い児童の人数

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
被虐待児童	21	42.0%	22	42.3%	43	42.2%
被虐待疑い児童	29	58.0%	30	57.7%	59	57.8%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

施設の判断による被虐待疑い児童は 59 名(57.8%)であった。入所児童では 22.9%であり、短期入所・日中一時支援利用中に施設で虐待が発見されている児童が多いことが考えられる。

## 対象期間中の利用実績

**総利用回数**（回答なし：知的・自閉 3 名、身体 2 名、合計 5 名）

	知的・自閉(N=47)	身体(N=50)	全体(N=97)
平均値(回)	23.0	11.1	16.7
SD	25.1	12.0	18.5
最小値(回)	1.0	1.0	1.0
最大値(回)	200.0	64.0	200

**総利用日数**（回答なし：知的・自閉 3 名、身体 3 名、合計 6 名）

	知的・自閉(N=47)	身体(N=49)	全体(N=96)
平均値(日)	53.6	30.6	42.2
SD	50.5	26.8	38.6
最小値(日)	2.0	1.0	1.0
最大値(日)	273.0	159.0	273.0

**短期入所・日中一時支援の利用目的**（複数回答）

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
冠婚葬祭	0	0.0%	2	3.8%	2	2.0%
療育者の疾病	12	24.0%	6	11.5%	18	17.6%
妊娠・出産	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
レスパイト	28	56.0%	37	71.2%	65	63.7%
虐待や不適切な養育からの保護	25	50.0%	17	32.7%	42	41.2%
その他	15	30.0%	8	15.4%	23	22.5%
回答なし	2	4.0%	2	3.8%	4	3.9%

虐待や不適切な養育からの保護としての利用が 42 名（41.2%）みられ、短期入所・日中一時支援が障害児虐待予防の役割を担っていることが示された。

## 虐待者の認識（意識）

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
虐待を自覚	6	12.0%	6	11.5%	12	11.8%
行為は認めるが虐待とは認めない・問題意識なし	27	54.0%	15	28.8%	42	41.2%
自らの非を認めない・他の責任にする	3	6.0%	7	13.5%	10	9.8%
行為を覚えていない	0	0.0%	5	9.6%	5	4.9%
その他	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
不明	12	24.0%	19	36.5%	31	30.4%
回答なし	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

行為は認めるが虐待と認めない・問題意識なしが 42 名（41.2%）で最も多く、虐待を自覚しているのは 12 名（11.8%）であった。

その他、入所児童と同様の調査項目の集計を行った。

短期入所・日中一時支援を利用している児童では、被虐待児童および被虐待疑い児童は 1.3%であった。在宅の障害児に対する虐待の全国的な実態調査は現在まで行われておらず、在宅の障害児における虐待の実態はほとんど把握されていない。今回の調査は、「短期入所・日中一時支援利用児童」という条件はあるが、在宅における障害児虐待の実態をある程度反映していると考えられる。

### Ⅲ. 障害児入所施設（福祉型および医療型）における心理担当職員についての調査

障害児入所施設における心理担当職員の配置状況とその業務内容や課題を明らかにするために、心理担当職員を対象として、アンケートを行った。

492 施設に施設調査票を送付し、福祉型 46 施設、医療型 79 施設、計 125 施設から回答があった（有効回答率 25.3%）。これに加え、492 施設に 5 通ずつ個人票を送付し、対象となる心理担当職員への配布を依頼した。結果として、209 名の心理担当職員から個人票への回答がなされた。

施設調査票では、心理担当職員の数は、福祉型 46 施設で常勤 68 名、非常勤 20 名、医療型 79 施設で常勤 111 名、非常勤 38 名であった。

「心理担当職員配置加算」を請求している施設が予想以上に少ないことが明らかとなった（重症心身障害児施設は対象外）。（他章 P.84 8）施設の経営、外部評価等(1)施設の運営費について)

1 福・知的(32/41 施設)、2/3 視聴覚(1/3 施設)、4 福・肢体(4/24 施設)、5 福・自閉(1/2 施設)、6 医・肢体(7/24 施設)：7 医・自閉(0/1 施設)

医療型・福祉型など施設によってその業務は大きく異なるが、多くの心理担当職員は、多岐にわたる業務を兼任していた。常勤の計 179 名のうち半数が、入所児童への心理業務以外の業務との兼務であった。児童の直接支援業務（生活支援、保育士、指導員など）との兼務が 26 施設、相談支援業務との兼務が 5 施設、管理業務との兼務が 3 施設で、これらの多くが、福祉型施設であった。

福祉型障害児入所施設においては、生活棟で、生活支援者と同様の子どもたちへ直接介助や支援業務などを行っており、発達・心理検査等だけでなく、本人・家族再統合を目的とした保護者面接など心理面接や支援員との話し合いやスーパーバイズの時間など心理職として求められている業務の時間や人材の不足があった。

増加している、「被虐待児」への対応としての専門的な手法も使った心理的支援などの本務に専念できない状況が少なからずあった。

また、自己研鑽のための時間と研修等費用に対する支援が少ない状況がうかがわれた。さらに、平成 30 年度公認心理師の国家資格化がなされる。それに関連した実習、研修等は今後整備されるべき課題であるが、「障害児」についての教育、実習・研修などまだ十分でないとの指摘があり、大学や専門学校などでの教育へも『障害児学・発達支援学』など、障害児（入所・通所）施設の実習・研修が重要な位置を占める必要でさらなる普及・啓発の機会となることが期待される。

被虐待児の実数と割合の増加、地域連携の重要性が増す中で、障害児入所施設の加算基準となっている心理療法担当職員の、専門性を生かせるように、業務の分担・独立性を保障できる体制づくりが課題である。

そのためにも、直接支援員の配置基準や外部関係機関との調整役などの福祉相談員すなわち児童養護施設で配置基準となっている、家庭支援専門員（ファミリーソーシャルワーカー）の配置新設なども必要と考えられる

### Ⅳ. 障害児入所施設（福祉型および医療型）におけるソーシャルワーク担当職員についての調査

障害児入所施設におけるケースワーク担当職員の業務等につき、①施設のソーシャルワーク担当職員の代表者が記入する調査票（施設調査票）、および、②ソーシャルワーク担当職員個々人が記入する調査票（個人票）を、全施設に送付し調査を行った。施設調査票は 129 施設から、担当職員個々人からの個人票は 259 名から回答があった。

ソーシャルワーク担当職員として、PSW、SW、MSW の専門職が配置されているのは 34 施設のみであった。ソーシャルワーク担当が施設長・管理者であるのが 9 施設、児童発達管理責任者が 54 施設、保育士が 16 施設、児童指導員が 31 施設であった。施設種別毎の担当者は下記の通りである。

福・知的(44 施設)：児童発達支援管理責任者 30/44(68.2%)、児童指導員 12/44(27.3%)、保育士 8/44(18.2%)、生活支援員 5/44(11.4%)

医・肢体(30 施設)：児童指導員 12/30(40%)、社会福祉員 8/30(26.7%)、看護師 5/30(16.7%)、児童発達支援管理責任者 4/30(13.3%)、医療社会福祉員 4/30(13.3%)、保育士 4/30(13.3%)、

医・重心(45 施設)：児童発達支援管理責任者 14/45(31.1%)、社会福祉員 14/45(31.1%)、医療社会福祉員 6/45(13.3%)、保育士 5/45(11.1%)

ソーシャルワーク担当職員（以下 SW 担当職と略）の所属部署は、129 施設のうち、病棟・生活棟に所属していると回答したのは、56 施設(43.4%)（福祉型：33/53、62.2%、医療型：22/76、28.9%）で、多くの福祉型施設で、病棟・生活棟に所属しながら、SW 担当業務を行っている。

SW 担当職の人数（平均）は、常勤 SW 業務専任:2.0 人(0-28)、常勤他の業務との兼任：2.4 人(0-34)、非常勤：0.5 人(0-8)となっており、事業所の規模等で雇用は大きな差があった。

業務内容等の状況は下記の通りであった。

【面接業務】＜対象＞本人：平均 28 人（0-24 人）、保護者：平均 57.9 人（0-1632 人）、＜その他＞平均 92.1 人（0-2267 人）。＜形態＞本人個人、家族面接（本人同席あり、同席なし）と必要に応じて配慮された面接をしていると推測できる。利用者面接の頻度は、定期的：71/259(27.4%)、不定期：58/259(22.4%)、ニーズに応じて：157/259(60.6%) それぞれ施設毎、個人毎に異なっていた。

【会議】かかわっている会議の形態・頻度は、ケース会議、生活棟連絡会、臨時会議等、（年平均 8.2 回(0-100)、延べ件数は 980 回）で、頻回に会議出席がなされていた。

【連絡・調整、個別支援計画作成】行政（公的機関）などへの連絡や調整（児童相談所・成年後見人制度など）の件数（259 施設）は、（平均 14.8 件(0-419) 延べ件数は 2398）「個別支援計画書」作成などの補助の件数（平均 2.1 件(0-50) 延べ件数は 320）は膨大である。表 17-1 で、示すとおり、相談支援専門員が作成を行う「個別支援計画書」作成の補助を SW 担当職が 132/217（51.0%）で行っている実態があった。

【地域支援・連携】地域支援（地域関係機関などとの会議の開催・参加など）は、頻回である。すなわち、年間の平均頻度（平均 8.0 件(0-100) 延べ件数は 1329.8）、地域自立支援協議会（平均 3.0 件(0-136 延べ件数は 1416) 要保護児童地域連絡協議会（要対協）（平均 81.1 件(0-32) 延べ件数は 198）であった。

各地域で支援の連携や体制についての協議の場「地域自立支援協議会」が設置されている協議会への参加は 8 件/年と多い。しかし、平成 16 年の児童福祉法の改正により、虐待を受けた児童などに対する市町村の体制強化を固めるため、関係機関が連携を図り児童虐待等への対応を行う虐待関連の協議の場である、要保護児童地域連絡協議会（子どもを守る地域ネットワーク：要対協）への参加は、平均 3 件と多くはない。

別章で述べられているように、医療型・福祉型障害児入所施設の入所中の 31.5%のこどもが、被虐待児（または、その疑い）であることを踏まえると、施設が、さらに積極的に協議会開催と参加することで、地域での関係機関が連携して、虐待対策・予防が進むと考えられる。

#### 【家庭への退所に関する保護者等への支援（家族再統合への支援）】

家族再統合への支援は、保護者等に対する相談援助が、施設内や、家庭への訪問によってさらに、退所後の相談支援（アフターケア）66/259(25.5%)がされ、かつ継続的に相談支援 57/259(22.0%)となされている。

【外来業務】医療型障害児入所施設において、SW 担当職が、病棟、生活棟業務（入所）以外に外来業務の担当の有無については、62/150(41.3%)で有りとの回答で、入所利用者のみならず外来診療、療育における、SW 担当職の業務を兼任していることがわかった。

【SW 担当職業務以外の業務、生活支援業務】SW 担当職業務以外の業務があると回答した施設は 193/259(745%)に及んでいる。業務内容は、サービス管理責任者、施設運営管理、直接支援（生活介助。支援）、各種手続き・請求業務、送迎、見学者案内など 多種多様であった。生活棟での、生活支援職員と同様の介助業務の要請の有無の調査では、「なし」102/259(39.4%)のみで、「有り」の内、食事 119/259(45.9%)・排泄 105/259(40.5%)・更衣 104/259(40.2%)・入浴 100/259(38.6%)、外出同伴 105/259(40.5%)ほかで、直接支援の要請が 6 割と高率であった。また、要請がなくても、過半数の施設では、職員が自主的に支援を行っている 140/259(54.0%)ことが明らかとなった。

#### 【書類業務、勤務時間】

ケース会議資料作成（70.3%）などの書類業務に時間を割くことが多かった（業務の平均 46.5%）。さらに、業務量は多く、時間内に業務が終了するは（65/259 25.1%）に過ぎず、超過勤務は月あたり、20.3 時間(SD14.9)（0-120 時間）と多く、業務過多となっている実態があった。

【悩み、課題】SW 担当職としての日々の悩みとして、①人材不足 131/259(50.6%)、②やりがいがあるが、時間が足りない 107/259(41.3%)、③実質的な面接業務より、煩雑な事務仕事に追われている 87/259(33.6%)などの悩みが意見として記されていた。

#### <まとめ>

多くのSW担当職員は、多岐にわたる業務を兼任しており、本務に専念できない状況が少なからずあった。病棟、生活棟では、生活支援者と同様の子どもたちへ直接介助や支援業務などを行っており、時間や人材の不足を感じていた。また、自己研鑽のための時間と研修費用に対する支援が少ない状況がうかがわれた。

今回の調査結果は、他の章で報告されているように、被虐待児の実数、割合が増加、地域連携の重要性増す中で、SW担当職員の業務の増加負担を考慮すると、児童養護施設の基準である、家庭専門相談員や里親専門相談員などについて、心理療法担当職員とともに、人員配置基準等の見直しが必要と考えられる。

### V. 障害児入所施設（福祉型および医療型）における職員の業務のタイムスタディによる検討

直接支援職員（保育士・児童指導員など児童の生活を直接支援、対応業務する職員）の業務内容（利用児童への直接支援、会議、関係機関との連携内容など、業務時間等）を把握し課題を明らかにするために、10施設を対象として、タイムスタディ調査を実施し、その結果を分析した。

対象施設は、旧体系の障害種別施設を参考に、以下の10施設とした。

神奈川県子ども医療センター（医：重症）、東部島根医療福祉センター（医：肢体）、心身障害児総合医療療育センター（医：肢体）、四天王寺太子学園（福：肢体）、法然寮（福：聴覚）、精陽学園（福：肢体）、袖ヶ浦のびろ学園（福：自閉）、⑧ノビロ学園（福：知的）、⑨あさひが丘学園（福：知的）、⑩若久緑園（福：知的）

<対象者>保育士、児童指導員、看護師、臨床心理士など、直接に児童と関わる職員とした。

<調査期間>平成29年10月1日から平成30年1月31日まで、調査対象時間は平日と休日のそれぞれ24時間とした。

#### <方法>

- 1) 10施設それぞれにタイムスタディ実施シートと業務コードを配布し、調査実施者に、実施シートへ1分間ごとの業務内容（コードA～F）を記載するように依頼した。（その場ですぐに記載出来ない場合を想定し、ボイスレコーダーによる音声記録（一部ウェアラブルカメラによる記録）を実施し、それと照合して、別時間に実施業務を振り返り記載するように依頼した）
- 2) 1分毎に記載したシートを基に、15分毎の表を作成した。

#### タイムスタディ業務コード

福祉型および医療型施設で日常的に実施されている主な業務（支援内容）を6つに分類し、記号化（A～F）しコード表とした。A～Fの業務名は以下のとおり。

<入所者に関連する業務> A：相談・ケアマネジメント業務 B：生活介護業務

C：医療・リハビリテーション・健康管理業務 D：社会参加支援業務

<入所者以外のサービス利用者（短期入所・通所等）に関連する業務> E：地域生活支援業務

<その他> F：その他業務

#### <分析方法>

各施設から出された15分毎の表（もしくは1分毎の表）を基に、AからFの業務コード別に分数ごとの積算をExcelに入力してグラフ化した。一つの施設で複数の職員を調査している場合は、代表的な一人の職員に焦点を当てて分析を行った。

#### <結果と考察>

1時間（60分）という時間のうち、実施している業務を積算していくと、60分内に収まらない時間帯が目立つ。つまり、一人の職員が同時刻に多重課題を実施しているという現実が顕著に表れた結果となった。例えば、若久緑園の12時台の業務を換算すると、コードB（生活介護業務）が150分という結果になっており、同時刻に多重課題が発生している現状が明らかになった。さらに、一人の職員が60分のうちに150分に相当する業務を行わざるを得ないという現状も明らかになった。

業務コードB（生活介護業務）にかかわる時間が多い傾向は、医療型・福祉型問わず、それぞれの施設に入所している子どもの重度化・重症化が背景にあるものと推察される。

福祉型の施設に入所している子どもに対しては、日常生活支援と共に、社会参加支援も重要であるが、今回のタイムスタディの結果からは、業務コードD（社会参加支援業務）の割合は各施設ともに少ない傾向に



ある。これは前述したように、生活介助業務の多重課題に迫られ、勤務時間内に社会参加支援を実施することが困難であることによると推察される。

食事や入浴、登下校の準備や送迎など繁忙時間帯の多重業務の実態が明らかとなり、障害児ゆえに必要な日常生活支援に迫られ、被虐待経験のある障害のある入所児童が、その被虐待経験に配慮したケアやいわゆる治療的養育などが十分にできていない実態が示されている。

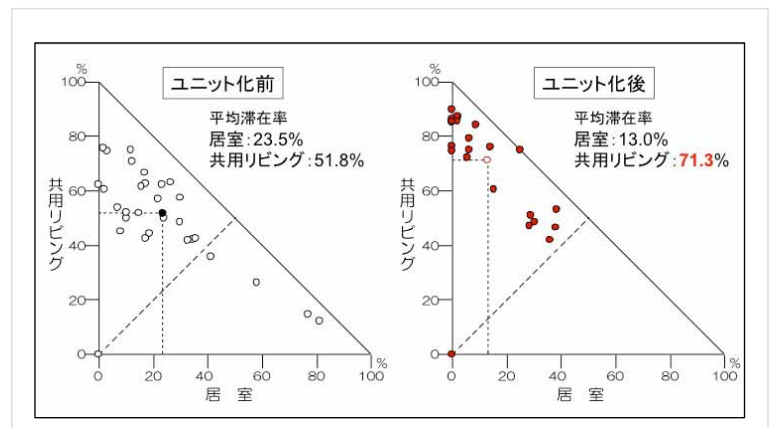
被虐待経験のある障害児入所が増加している状況の中での今後の障害児入所施設のあり方として、被虐待経験のある障害のある入所児童が、施設生活で安全・安心できる環境提供を前提に、より家庭的な養育すなわち「良好な家庭的環境」で育つために、職員配置状況の改善などの対応が必要と考えられた。

## Ⅵ. 障害児入所施設（福祉型および医療型）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の検討

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

障害児入所施設における支援体制の好事例として、福祉型障害児入所施設では、「小規模グループケア」を実践しているあさひが丘学園（鹿児島県）、奥中山学園（岩手県）、ひまわり学園（北海道）の、実践報告と視察報告、医療型障害児入所施設では熊本県子ども総合療育センターの「小規模グループケア（ユニットケア）」の視察と分析報告をまとめ、さらに、大舎制と小舎制の比較、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、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。

小規模グループケアの利点と課題が確認されたが、たとえば、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いる。



### まとめ

今回の研究結果を総合して、とくに、以下の点を提案したい。

1. 被虐待障害児の入所の増加、入所児童の障害特性の多様化・重度化・年齢の多層化（低年齢の増加と過年齢の存在）による支援とケアのニーズの増加に対して、現行基準よりも手厚い職員配置が維持できるための制度的な支援が必要である。  
直接支援職員のみならず、心理担当職員、ソーシャルワーク担当職員についても同様である。
2. とくに、被虐待児へのケアを意識した丁寧な支援とケアが求められる。
3. 居住空間として、「小規模グループケア」のさらなる推進が求められる。
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児童の養育のあり方として、社会的養護の必要な児童の支援という視点を強化し、さらに見直し検討していく必要がある。

研究協力者

<福祉型障害児入所施設関係>

水流純大（あさひが丘学園 1））、石井啓（のびろ学園 2））、

濱崎久美子、堀内幸（金町学園 3））、  
鶴木順子（法然寮③）市川進治（精陽学園 4））

<医療型障害児入所施設関係>

鈴木恒彦（大阪発達総合療育センター 5）6）、朝貝芳美（信濃医療福祉センター 5）6））、  
伊達伸也（東部島根医療福祉センター松江整肢学園 5）6））、  
井合瑞江（神奈川県立こども医療センター重症心身障害児施設 6））、  
金井剛、中西大介（医療型自閉症児施設あすなろ学園 7））

\*福祉型障害児入所施設：1）知的障害児入所施設、2）自閉症児入所施設、  
3）視覚障害・聴覚障害児入所施設、4）肢体不自由児入所施設

\*医療型障害児入所施設：5）主に肢体不自由児を入所させる施設、6）主に重症心身障害児を入所させる  
施設、7）主に自閉症児を入所させる施設



分担研究報告書

**障害児入所施設（福祉型および医療型）に入所する児童の状況と施設での支援の状況についての調査**

研究分担者 小崎慶介、小山友里江、米山 明、下山田洋三

**I. 研究目的と方法**

総括研究報告に述べられている本研究全体の目的の中の、医療型および福祉型の障害児入所施設のそれぞれの主な障害種別ごとの、入所児童の状況、支援体制・支援内容に関するデータ、職員の勤務実態、家庭支援、地域支援などの体制の把握のための調査を、調査票記入方式で行った。

これらのデータを得るための施設基本調査票（総ページ数 32 頁）を作成し、福祉型障害児入所施設（主として知的障害児を入所させる施設、主として視覚障害または聴覚障害児を入所させる施設、主として肢体不自由児を入所させる施設）、および、医療型障害児入所施設（主として肢体不自由児を入所させる施設、主として重症心身障害児を入所させる施設、主として自閉症児を入所させる施設）の、全種別施設に対し調査票を送付し回答を依頼した。重症心身障害病棟のある国立病院機構病院にも長期入院（入所）児童がいるためそれらの病院にも調査票を送付した。調査票を送付した施設数は 492 施設である。

**II. 調査の結果及び考察**

**1. 施設回答施設と、施設の基本情報**

**1) 回答施設**

調査票を送付した 492 施設のうち 282 施設から調査票 1（施設基本調査票）への回答が返送された（返送率 57.3%）。

福祉型障害児入所施設からの回答は、送付 259 施設中 154 施設であった。その内訳は、①「主として知的障害児を入所させる施設」（以下、知的障害児施設）136 施設、②「主として盲児またはろうあ児を入所させる施設」（以下、盲ろう児施設）10 施設、③「主として肢体不自由児を入所させる施設」（以下、福祉型肢体不自由児施設）6 施設、④「主として自閉症児を入所させる施設」（以下、福祉型自閉症児施設）2 施設であった。

医療型障害児入所施設（指定発達支援医療機関を含む。）からの回答は送付 233 施設中 119 施設であった。その内訳は①「主として肢体不自由児を入所させる施設」（以下、医療型肢体不自由児施設）31 施設、②「主として自閉症児を入所させる施設」（以下、医療型自閉症児施設）1 施設、③「主として重症心身障害児を入所させる施設」（以下、重症心身障害児施設）66 施設、④重症心身障害児者を入所させる独立行政法人国立病院機構は、21 施設であった。④で回答数が低いのは、調査時点で児童の入所（入院）がないことも大きな要因であると考えられる。

282 施設のうち、廃止は 2 施設で「主として知的障害児を入所させる施設」1 施設、「主として重症心身障害児を入所させる施設」1 施設であった。休止は 7 施設で「主として知的障害児を入所させる施設」1 施設、「主として重症心身障害児を入所させる施設」6 施設であった。廃止と休止中を除いた 273 施設を解析対象とした。

**2) 施設の、設置および運営主体、事業実施形態**

設置および運営主体は表 の通りで、福祉型施設の、知的障害児施設、盲ろう児施設、肢体不自由児施設で、民立民営が 60%以上であり、医療型施設では、重症心身障害児施設の 77%が民立民営である。

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
公立・公営	46 16.8%	24 17.6%	2 20.0%	1 16.7%	1 50.0%	14 45.2%	1 100.0%	3 4.5%	0 0.0%
公立・民営	34 12.5%	16 11.8%	2 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 25.8%	0 0.0%	8 12.1%	0 0.0%
民立・民営	163 59.7%	93 68.4%	6 60.0%	4 66.7%	1 50.0%	8 25.8%	0 0.0%	51 77.3%	0 0.0%
国立病院機構	21 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 100.0%
その他	8 2.9%	2 1.5%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	1 3.2%	0 0.0%	4 6.1%	0 0.0%

「知的」＝「主として知的障害児を入所させる福祉型施設」（以下、知的障害児施設）

「盲ろう」＝「主として盲児またはろうあ児を入所させる福祉型施設」（以下、盲ろう児施設）

「福・肢体」＝「主として肢体不自由児を入所させる福祉型施設」（以下、福祉型肢体不自由児施設）

「福・自閉」＝「主として自閉症児を入所させる福祉型施設」（以下、福祉型自閉症児施設）

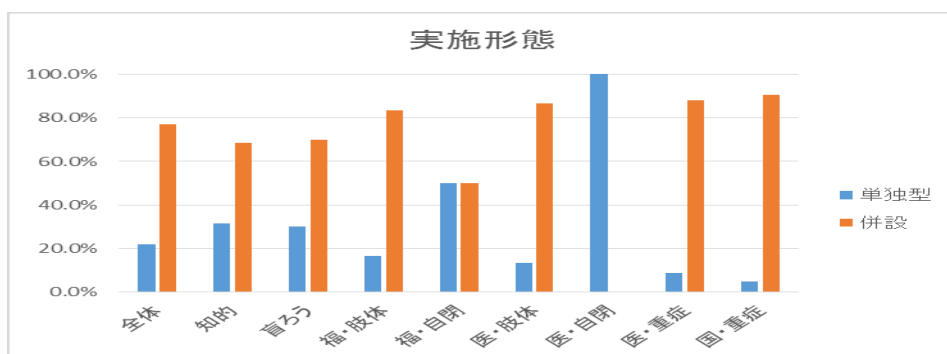
「医・肢体」＝「主として肢体不自由児を入所させる医療型施設」（以下、医療型肢体不自由児施設）

「医・自閉」＝「主として自閉症児を入所させる医療型施設」（以下、医療型自閉症児施設）

「医・重症」＝「主として重症心身障害児を入所させる医療型施設」（以下、重症心身障害児施設）

「国・重症」＝ 重症心身障害児者を入所させる独立行政法人国立病院機構の病院

下図のように、多くの施設が他の社会福祉施設との併設であった。



指定を受けている他の事業、および併設されている他の社会福祉施設

	知的 n=136		盲ろう n=10		福・肢体 n=6		福・自閉 n=2	
1 児童発達支援センター	7	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%
2 医療型児童発達支援センター	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	1	50.0%
3 児童発達支援事業所	7	5.1%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%
4 放課後等ディサービス	24	17.6%	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%
5 保育所等訪問支援	7	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
6 障害児相談支援事業	27	19.9%	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%
7 特定相談支援事業	24	17.6%	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%
8 一般相談支援事業	20	14.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
9 施設入所支援(10を除く)	34	25.0%	5	50.0%	2	33.3%	0	0.0%
10 施設入所支援	54	39.7%	4	40.0%	3	50.0%	0	0.0%
11 短期入所(ショートステイ)	100	73.5%	6	60.0%	3	50.0%	2	100.0%
12 療養介護(13を除く)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
13 療養介護	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
14 生活介護	55	40.4%	2	20.0%	4	66.7%	0	0.0%
15 児童福祉施設	5	3.7%	2	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
16 介護保険施設・事業所	1	0.7%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%
17 その他	12	8.8%	1	10.0%	1	16.7%	0	0.0%

	医・肢体 n=31		医・自閉 n=1		医・重症 n=66		国・重症 n=21	
1 児童発達支援センター	11	36.7%	0	0.0%	15	22.4%	0	0.0%
2 医療型児童発達支援センター	13	43.3%	0	0.0%	6	9.0%	1	4.8%
3 児童発達支援事業所	8	26.7%	0	0.0%	24	35.8%	6	28.6%
4 放課後等ディサービス	9	30.0%	0	0.0%	35	52.2%	6	28.6%
5 保育所等訪問支援	10	33.3%	0	0.0%	18	26.9%	0	0.0%
6 障害児相談支援事業	12	40.0%	0	0.0%	32	47.8%	1	4.8%
7 特定相談支援事業	9	30.0%	0	0.0%	34	50.7%	4	19.0%
8 一般相談支援事業	2	6.7%	0	0.0%	16	23.9%	1	4.8%
9 施設入所支援(10を除く)	4	13.3%	0	0.0%	9	13.4%	0	0.0%
10 施設入所支援	0	0.0%	0	0.0%	2	3.0%	0	0.0%
11 短期入所(ショートステイ)	26	86.7%	0	0.0%	60	89.6%	13	61.9%
12 療養介護(13を除く)	5	16.7%	0	0.0%	17	25.4%	11	52.4%
13 療養介護	9	30.0%	0	0.0%	46	68.7%	10	47.6%
14 生活介護	15	50.0%	0	0.0%	47	70.1%	7	33.3%
15 児童福祉施設	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
16 介護保険施設・事業所	0	0.0%	0	0.0%	4	6.0%	0	0.0%
17 その他	0	0.0%	0	0.0%	4	6.0%	1	4.8%

### 3) 施設の定員

平成 28 年 6 月 1 日現在での、施設の定員は表の通りである。

『「施設入所支援(福祉型障害児入所施設の基準を満たすことをもって指定障害者支援施設の基準を満たすとみなされる場合)」、または、「療養介護(医療型障害児入所施設の基準を指定障害者支援施設の基準を満たすとみなされる場合)」の、障害児が入所している場合』には、障害児・者の合計が、定員として回答されている。知的障害児施設(知的)、主として重症心身障害児を入所させる医療型障害児入所施設(医・重症)、国立病院機構重症心身障害児病棟(国・重症)において、定員規模が大きな施設があるのは、このことによる部分が大きいと考えられる。

定員

	全体 N=273	知的 n=136	盲ろう n=10	福・肢体 n=6	福・自閉 n=2	医・肢体 n=31	医・自閉 n=1	医・重症 n=66	国・重症 n=21
5～10人	13	10	1	1	0	0	0	0	1
11～20人	19	14	4	0	0	1	0	0	0
21～30人	53	45	3	1	1	2	0	1	0
31～40人	35	26	0	0	0	3	0	5	1
41～50人	38	21	1	3	1	4	0	8	0
51～60人	27	7	1	1	0	11	1	6	0
61～70人	10	5	0	0	0	1	0	4	0
71～80人	17	3	0	0	0	2	0	8	4
81～90人	6	1	0	0	0	1	0	4	0
91～100人	8	2	0	0	0	1	0	4	1
101～110人	5	1	0	0	0	2	0	2	0
111～120人	17	0	0	0	0	1	0	3	13
121～130人	3	0	0	0	0	0	0	3	0
131～140人	6	0	0	0	0	1	0	5	0
150人	2	0	0	0	0	0	0	2	0
160人	4	1	0	0	0	0	0	2	1
170人	2	0	0	0	0	1	0	1	0
171～180人	3	0	0	0	0	0	0	3	0
181～190人	2	0	0	0	0	0	0	2	0
300人	1	0	0	0	0	0	0	1	0
301～400人	1	0	0	0	0	0	0	1	0
400人	1	0	0	0	0	0	0	1	0

## 2. 児童、および、家庭の、状況

### 1) 入所児童数、契約入所と措置入所

調査票 1 への回答施設での、平成 28 年 6 月 1 日の時点での、それぞれの種別の施設の入所児童数は表の通りで、男 3,653 名、女 2,106 名、総数は 5,759 名であった。(児童福祉法(第 24 条の 24 又は第 31 条)に規定する入所期間の延長をした 19 歳 20 歳の者、215 名を含む。)

	男	%	女	%	合計
知的	2,263	67.0%	1,116	33.0%	3,379
盲ろう	103	55.0%	84	45.0%	187
福・肢体	91	62.8%	54	37.2%	145
福・自閉	31	79.5%	8	20.5%	39
医・肢体	573	59.3%	393	40.7%	966
医・自閉	25	92.6%	2	7.4%	27
医・重症	459	57.2%	344	42.8%	803
国・重症	108	50.7%	105	49.3%	213
計	3,653	63.4%	2,106	36.6%	5,759

比率は、各種別施設の在所児童数の中での比率を示す。

(国立病院機構病棟への長期入院は正確には「入院」であるが本報告では「入所」と統一する。)

契約入所か措置入所か、および性別による内訳

	契約						措置						合計
	男		女		計		男		女		計		
知的	928	27.6%	327	9.7%	1,255	37.3%	1,336	39.7%	777	23.0%	2,113	62.7%	3,368
盲ろう	22	11.8%	25	13.4%	47	25.1%	81	43.3%	59	31.6%	140	74.9%	187
福・肢体	22	15.2%	15	10.3%	37	25.5%	69	47.6%	39	26.9%	108	74.5%	145
福・自閉	24	63.2%	4	10.5%	28	73.7%	7	18.4%	3	0.8%	10	26.3%	38
医・肢体	428	44.3%	278	28.8%	706	73.2%	145	15.0%	113	11.7%	258	26.8%	964
医・自閉	22	81.5%	2	7.4%	24	88.9%	3	11.1%	0	0.0%	3	11.1%	27
医・重症	317	39.5%	232	28.9%	549	68.3%	142	17.7%	112	13.9%	254	31.6%	803
国・重症	77	36.1%	72	33.8%	149	70.0%	30	14.1%	34	16.0%	64	30.0%	213
計	1,840	32.0%	955	16.6%	2,795	48.7%	1,813	31.6%	1,137	19.8%	2,950	51.3%	5,745

比率は、各種別施設の在所児童数の中での比率を示す。

調査票への記入漏れがあったため、在所児童数 5,759 名より少ない。

保護者との契約による入所ではなく措置による入所が半数を越えている。保護者が児童の養育機能は果たせない状態であっても契約の主体にはなり得る場合は「契約による入所」となるが、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など、保護者が契約の主体にもなり得ないという家庭状況が入所の半数以上の児童においてあることを、このデータは示している。

福祉型施設と医療型施設とに分けての、契約入所か契約入所かの集計数は、下表の通りである。

	契約				措置				男女合計
	男	女	計	%	男	女	計	%	
福祉型	996	371	1,367	36.6%	1,493	878	2,371	63.4%	3,738
医療型	844	584	1,428	71.2%	320	259	579	28.8%	2,007

福祉型施設では、措置入所が 63.4%と高率である。

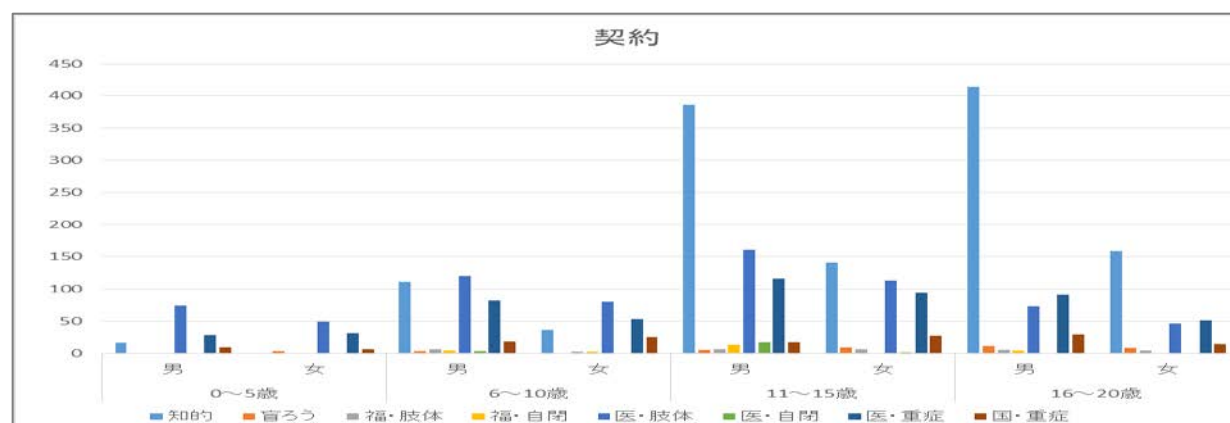
医療型施設での入所目的が、整形外科手術やリハビリ・療育訓練、あるいは、在宅では対応困難な高度な医療ケアの継続などであるケースも多いことから、措置の比率は福祉型に比して少ないと考えられるが、それでも、措置が 28.8%という状況である。

## 2) 年齢、在籍年数

平成 28 年 6 月 1 日現在で入所している児童の年齢は、以下の通りである。

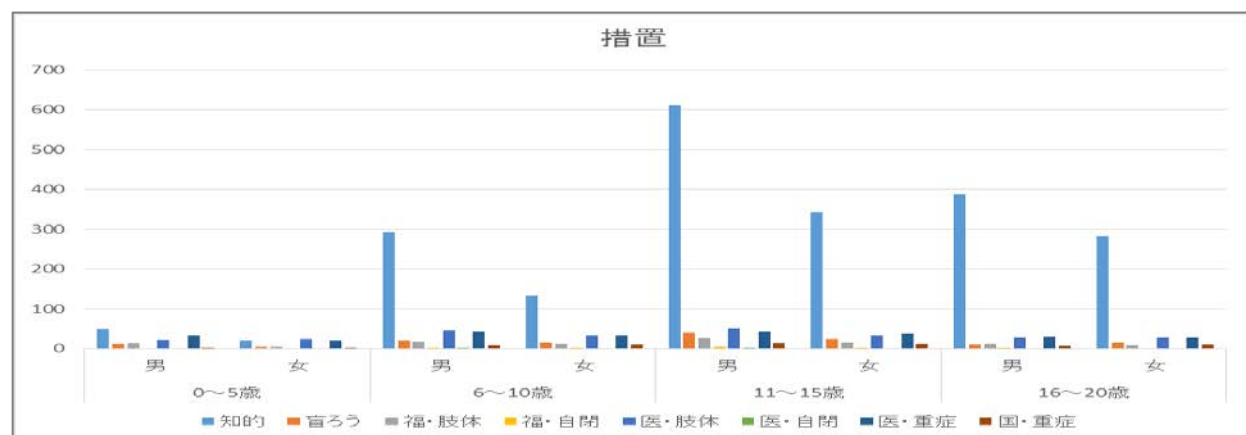
契約による入所の児童の年齢

	0～5 歳		6～10 歳		11～15 歳		16～20 歳		合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
知的	17	1	111	36	386	141	414	159	928	337
盲ろう	0	4	4	1	6	10	12	9	22	24
福・肢体	0	0	7	3	7	7	6	5	20	15
福・自閉	0	0	5	3	14	1	5	1	24	5
医・肢体	74	49	120	80	161	113	73	46	403	288
医・自閉	0	0	4	0	18	2	0	0	22	2
医・重症	28	31	82	53	116	94	91	51	342	229
国・重症	10	7	19	25	18	27	29	15	76	74
全体	129	92	352	201	726	395	630	286	1837	974



措置による入所の児童の年齢

	0～5 歳		6～10 歳		11～15 歳		16～20 歳		合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
知的	48	20	293	132	611	343	386	283	1338	778
盲ろう	11	5	21	15	39	24	10	15	81	59
福・肢体	13	4	17	12	26	15	12	8	68	39
福・自閉	0	0	1	1	5	2	1	0	7	3
医・肢体	22	24	45	32	50	33	28	28	145	117
医・自閉	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0
医・重症	32	20	41	32	42	38	29	27	144	117
国・重症	2	3	8	9	13	12	7	9	30	33
全体	128	76	428	233	787	467	473	370	1816	1146



平成 28 年 6 月 1 日現在で入所している児童の、入所在籍年数を以下の表に示す。

医療型肢体不自由児施設において契約による入所で在籍 0.5 年未満の比率が多いのは、入所目的がリハビリ、療育訓練、整形外科手術などである児童が多いことを反映している。

契約による入所 男児 在籍年数

	0.5年 未満	0.5年 ～1年 未満	1～2 年未 満	2～3 年未 満	3～5 年未 満	5～10 年未 満	10～ 15年 未満	15～ 20年 未満	計
全体	331	134	281	198	301	409	161	23	1838
知的	131	68	172	129	195	178	51	8	932
盲ろう	1	1	2	5	9	0	4	0	22
福・肢体	4	3	5	2	1	3	4	0	22
福・自閉	1	7	4	1	6	5	0	0	24
医・肢体	148	31	49	25	43	87	37	3	423
医・自閉	15	2	4	1	0	0	0	0	22
医・重症	20	17	31	27	34	119	58	9	315
国・重症	11	5	14	8	13	17	7	3	78

契約による入所 女児 在籍年数

	0.5年 未満	0.5年 ～1年 未満	1～2 年未 満	2～3 年未 満	3～5 年未 満	5～10 年未 満	10～ 15年 未満	15～ 20年 未満	計
全体	166	57	135	124	139	219	98	14	952
知的	48	22	50	48	65	72	19	3	327
盲ろう	4	1	4	6	3	3	2	2	25
福・肢体	1	0	3	3	1	4	3	0	15
福・自閉	0	1	1	0	2	0	0	0	4
医・肢体	94	16	38	24	34	51	21	0	278
医・自閉	1	0	1	0	0	0	0	0	2
医・重症	14	12	26	24	28	79	39	7	229
国・重症	4	5	12	19	6	10	14	2	72

措置による入所 男児 在籍年数

	0.5年 未満	0.5年 ～1年 未満	1～2 年未 満	2～3 年未 満	3～5 年未 満	5～10 年未 満	10～ 15年 未満	15～ 20年 未満	計
全体	180	124	249	222	355	466	171	17	1784
知的	136	96	196	179	274	335	90	5	1311
盲ろう	14	3	12	3	15	26	8	0	81
福・肢体	7	7	11	8	9	16	10	1	69
福・自閉	0	2	3	1	0	1	0	0	7
医・肢体	8	4	12	13	30	39	30	5	141
医・自閉	2	0	1	0	0	0	0	0	3
医・重症	11	9	12	15	24	44	22	6	143
国・重症	2	3	2	3	3	5	11	0	29

措置による入所 女児 在籍年数

	0.5年 未満	0.5年 ～1年 未満	1～2 年未 満	2～3 年未 満	3～5 年未 満	5～10 年未 満	10～ 15年 未満	15～ 20年 未満	計
全体	112	76	160	161	209	305	100	17	1140
知的	86	55	119	124	164	186	43	1	778
盲ろう	6	4	10	4	9	15	10	1	59
福・肢体	7	6	1	3	4	11	7	0	39
福・自閉	0	0	1	2	0	0	0	0	3
医・肢体	5	4	11	12	20	38	16	7	113
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	7	5	15	13	10	42	17	5	114
国・重症	1	2	3	3	2	13	7	3	34

平成 28 年 6 月 1 日現在で在籍している児童が入所した時の年齢は、下表尾通りである。

契約 男

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	計
全体	11	53	79	101	82	126	203	109	99	94	96	93	140	109	100	215	74	29	0	1	1814
知的	0	0	3	15	18	39	88	45	46	50	61	58	99	62	73	175	52	18	0	0	902
盲ろう	0	0	1	3	0	1	2	0	0	2	1	0	2	3	3	1	0	0	0	0	22
福・肢体	0	0	0	1	1	2	6	3	1	0	0	1	0	1	0	4	2	0	0	0	22
福・自閉	0	0	0	0	0	0	4	0	3	3	1	3	4	1	1	3	0	1	0	0	24
医・肢体	3	19	23	33	29	43	66	28	26	15	12	18	25	23	12	15	2	3	0	0	395
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	5	2	8	1	0	0	0	0	0	22
医・重症	6	32	41	43	28	36	32	29	17	15	12	6	6	10	7	9	13	3	0	1	346
国・重症	2	2	11	6	6	5	5	3	6	8	5	2	2	1	3	6	4	4	0	0	81

契約 女

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	計
全体	13	45	56	69	72	59	114	57	27	49	56	41	82	41	37	95	27	14	2	0	956
知的	0	0	1	2	18	10	38	14	9	21	25	14	33	17	21	65	17	12	2	0	319
盲ろう	0	0	3	3	2	1	1	1	0	1	0	0	6	2	0	2	3	0	0	0	25
福・肢体	0	0	0	1	2	1	1	2	1	0	1	0	1	1	1	4	0	0	0	0	16
福・自閉	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
医・肢体	2	14	18	27	17	20	40	18	9	12	21	13	28	11	10	12	1	1	0	0	274
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
医・重症	8	24	28	26	24	22	28	18	6	6	5	11	11	2	3	9	4	0	0	0	235
国・重症	3	7	6	10	9	4	6	4	1	6	3	3	3	5	2	3	2	1	0	0	78

## 措置 男

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	計
全体	15	37	112	169	139	114	203	112	102	97	94	103	132	104	88	97	41	19	1	0	1779
知的	0	0	34	85	82	81	162	91	85	76	82	89	121	88	80	93	36	14	1	0	1300
盲ろう	0	0	9	12	14	5	10	5	1	3	4	3	6	5	2	1	0	1	0	0	81
福・肢体	0	0	10	20	8	5	4	2	4	3	1	3	1	1	1	2	2	2	0	0	69
福・自閉	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	7
医・肢体	6	12	23	27	16	9	17	6	4	3	1	4	0	3	3	0	1	1	0	0	136
医・自閉	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
医・重症	9	25	30	23	12	11	6	7	3	4	4	3	2	3	1	1	2	1	0	0	147
国・重症	0	0	6	2	7	3	2	1	5	6	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	36

## 措置 女

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	計
全体	14	30	80	89	78	49	109	53	74	55	71	71	63	74	68	83	40	23	3	1	1128
知的	0	0	17	26	31	33	79	45	60	42	56	62	61	63	61	73	33	21	1	1	765
盲ろう	0	2	7	13	7	4	2	0	5	1	3	2	1	6	1	3	2	0	0	0	59
福・肢体	0	1	7	5	4	1	7	2	0	0	2	1	1	1	3	2	1	1	0	0	39
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
医・肢体	6	11	19	18	19	4	10	3	6	2	4	3	0	1	1	2	0	0	0	0	109
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	6	12	23	24	13	6	9	2	1	6	3	1	0	3	2	2	3	1	2	0	119
国・重症	2	4	7	3	4	1	2	0	2	4	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	34

## 3) 入所経路

平成28年6月1日現在の在籍児の、入所経路は表の通りであった。

いずれの種別の施設でも家庭からの入所が多いが、福祉型施設では、乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設、児童相談所一時保護所からの入所が、27～32%となっている。医療型肢体不自由児施設、重症心身障害児施設においても、乳児院、児童養護施設からの入所が約11%である。

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
1 家庭から	2,059 61.0%	100 53.5%	64 45.4%	32 82.1%	714 72.9%	23 85.2%	374 50.1%	65 31.7%	3,431
2 他の福祉型障害児入所施設から	117 3.5%	9 4.8%	5 3.5%	2 5.1%	3 0.3%	0 0.0%	6 0.8%	6 2.9%	148
3 他の医療型障害児入所施設から	74 2.2%	0 0.0%	10 7.1%	0 0.0%	25 2.6%	0 0.0%	47 6.3%	25 12.2%	181
4 病院等医療機関から	61 1.8%	5 2.7%	10 7.1%	1 2.6%	118 12.0%	1 3.7%	226 30.3%	100 48.8%	522
5 乳児院から	165 4.9%	39 20.9%	31 22.0%	1 2.6%	90 9.2%	0 0.0%	81 10.9%	5 2.4%	412
6 児童養護施設から	357 10.6%	12 6.4%	7 5.0%	3 7.7%	20 2.0%	1 3.7%	2 0.3%	2 1.0%	404
7 児童自立支援施設から	23 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	23
8 情緒障害児短期治療施設から	31 0.9%	2 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	33
9 母子生活支援施設から	18 0.5%	0 0.0%	2 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	21
10 里親家庭から	18 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21
11 学校寄宿舎から	21 0.6%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	28
12 児童相談所一時保護所から	389 11.5%	15 8.0%	12 8.5%	0 0.0%	6 0.6%	1 3.7%	7 0.9%	0 0.0%	425
13 その他	41 1.2%	3 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	1 3.7%	2 0.3%	1 0.5%	50
計	3,374	187	141	39	980	27	746	205	5,699

「医・肢体」では一部複数回答があり、在籍児童数 966 人を上回る。

#### 4) 入所理由（平成 28 年 6 月 1 日現在の在籍児）

「入所理由の判断は、児童相談所の児童票のほかには家族との面談等により判断して、主たる要因と、それに付随する要因に分けて記入してください。複数回答可。」として記入を依頼した。

##### （１）措置による入所での、入所理由

措置入所で、主たる入所要因が家庭の状況等である児童の入所理由

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	2950	2113	140	108	10	258	3	254	64
親の離婚・死別	179 6.1%	146 6.9%	6 4.3%	2 1.9%	0 0.0%	7 2.7%	0 0.0%	16 6.3%	2 3.1%
家庭の経済的理由	86 2.9%	62 2.9%	4 2.9%	2 1.9%	0 0.0%	3 1.2%	0 0.0%	11 4.3%	4 6.3%
保護者の疾病・出産等	207 7.0%	166 7.9%	16 11.4%	4 3.7%	0 0.0%	7 2.7%	0 0.0%	13 5.1%	1 1.6%
保護者の養育力不足	1022 34.6%	775 36.7%	34 24.3%	28 25.9%	2 20.0%	66 25.6%	2 66.7%	84 33.1%	31 48.4%
虐待・養育放棄	1443 48.9%	1004 47.5%	69 49.3%	67 62.0%	6 60.0%	149 57.8%	1 33.3%	131 51.6%	15 23.4%
きょうだい等家族関係	57 1.9%	38 1.8%	3 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	10 3.9%	0 0.0%	6 2.4%	0 0.0%
住宅事情・地域でのトラブル	39 1.3%	39 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	35 1.2%	24 1.1%	2 1.4%	5 4.6%	1 10.0%	2 0.8%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%

措置入所で、主たる入所要因が本人の状況等である児童の入所理由

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	2950	2113	140	108	10	258	3	254	64
ADL・生活習慣の確立	666 22.6%	595 28.2%	11 7.9%	21 19.4%	1 10.0%	22 8.5%	0 0.0%	14 5.5%	2 3.1%
医療行為・医療的ケア	180 6.1%	42 2.0%	1 0.7%	3 2.8%	0 0.0%	40 15.5%	0 0.0%	77 30.3%	17 26.6%
行動上の課題改善	518 17.6%	497 23.5%	3 2.1%	0 0.0%	8 80.0%	0 0.0%	3 100.0%	3 1.2%	4 6.3%
学校での不適応・不登校	96 3.3%	93 4.4%	2 1.4%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
学校就学・通学のため	141 4.8%	85 4.0%	18 12.9%	12 11.1%	0 0.0%	11 4.3%	0 0.0%	15 5.9%	0 0.0%
その他	55 1.9%	35 1.7%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	10 3.9%	0 0.0%	0 0.0%	9 14.1%

措置入所で、付随する要因が家庭の状況等である児童

	全体	知的		盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	2950	2113	140	108	10	258	3	254	64	2950
親の離婚・死別	159 5.4%	109 5.2%	11 7.9%	26 24.1%	0 0.0%	7 2.7%	0 0.0%	6 2.4%	0 0.0%	159 5.4%
家庭の経済的理由	254 8.6%	204 9.7%	10 7.1%	11 10.2%	0 0.0%	11 4.3%	0 0.0%	14 5.5%	4 6.3%	254 8.6%
保護者の疾病・出産等	131 4.4%	113 5.3%	2 1.4%	5 4.6%	1 10.0%	2 0.8%	0 0.0%	8 3.1%	0 0.0%	131 4.4%
保護者の養育	672	530	32	16	0	52	0	37	5	672



力不足	22.8%	25.1%	22.9%	14.8%	0.0%	20.2%	0.0%	14.6%	7.8%	22.8%
虐待・養育放棄	190 6.4%	155 7.3%	14 10.0%	4 3.7%	0 0.0%	4 1.6%	0 0.0%	13 5.1%	0 0.0%	190 6.4%
きょうだい等 家族関係	124 4.2%	96 4.5%	2 1.4%	12 11.1%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	11 4.3%	2 3.1%	124 4.2%
住宅事情・地域 でのトラブル	59 2.0%	53 2.5%	4 2.9%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	59 2.0%
その他	6 0.2%	4 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.6%	6 0.2%

措置入所で、付随する要因が本人の状況等である児童

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
在籍児童数	2950	2113	140	108	10	258	3	254	64
ADL・生活習慣の確立	440 14.9%	332 15.7%	17 12.1%	38 35.2%	0 0.0%	28 10.9%	0 0.0%	25 9.8%	0 0.0%
医療行為・医療的ケア	197 6.7%	74 3.5%	10 7.1%	12 11.1%	0 0.0%	40 15.5%	0 0.0%	41 16.1%	20 31.3%
行動上の課題改善	292 9.9%	273 12.9%	5 3.6%	5 4.6%	1 10.0%	7 2.7%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%
学校での不適応・不登校	66 2.2%	54 2.6%	9 6.4%	2 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
学校就学・通学のため	158 5.4%	136 6.4%	2 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	9 3.5%	0 0.0%	9 3.5%	2 3.1%
その他	44 1.5%	26 1.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 2.3%	0 0.0%	4 1.6%	8 12.5%

## (2) 契約による入所での、入所理由

契約入所で、主たる要因が家庭の状況等である児童の入所理由

	全体	知的	盲・ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	2795	1255	47	37	28	706	24	549	149
親の離婚・死別	191 6.8%	105 8.4%	3 6.4%	3 8.1%	0 0.0%	26 3.7%	0 0.0%	50 9.1%	4 2.7%
家庭の経済的理由	67 2.4%	15 1.2%	1 2.1%	1 2.7%	0 0.0%	5 0.7%	12 50.0%	18 3.3%	15 10.1%
保護者の疾病・出産等	215 7.7%	92 7.3%	1 2.1%	5 13.5%	1 3.6%	42 5.9%	1 4.2%	68 12.4%	5 3.4%
保護者の養育力不足	592 21.2%	408 32.5%	3 6.4%	6 16.2%	21 75.0%	71 10.1%	0 0.0%	69 12.6%	14 9.4%
虐待・養育放棄	78 2.8%	51 4.1%	6 12.8%	1 2.7%	1 3.6%	10 1.4%	0 0.0%	8 1.5%	1 0.7%
きょうだい等家族 関係	143 5.1%	81 6.5%	3 6.4%	0 0.0%	0 0.0%	16 2.3%	2 8.3%	39 7.1%	2 1.3%
住宅事情・地域で のトラブル	29 1.0%	21 1.7%	3 6.4%	1 2.7%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	1 0.2%	2 1.3%
その他	260 9.3%	117 9.3%	16 34.0%	1 2.7%	0 0.0%	66 9.3%	0 0.0%	51 9.3%	9 6.0%

契約入所で、主たる要因が本人の状況等である児童の入所理由

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	2795	1255	47	37	28	706	24	549	149
ADL・生活習慣の確立	473 16.9%	327 26.1%	2 4.3%	11 29.7%	0 0.0%	88 12.5%	3 12.5%	42 7.7%	0 0.0%
医療行為・医療的ケア	820 29.3%	11 0.9%	0 0.0%	4 10.8%	0 0.0%	388 55.0%	1 4.2%	305 55.6%	104 69.8%
行動上の課題改善	325 11.6%	285 22.7%	4 8.5%	2 5.4%	4 14.3%	1 0.1%	19 79.2%	2 0.4%	8 5.4%

学校での不適応・不登校	53 1.9%	35 2.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.6%	5 0.7%	8 33.3%	4 0.7%	0 0.0%
学校就学・通学のため	445 15.9%	240 19.1%	27 57.4%	19 51.4%	0 0.0%	104 14.7%	0 0.0%	52 9.5%	3 2.0%
その他	135 4.8%	98 7.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 2.3%	0 0.0%	15 2.7%	6 4.0%

契約入所で、付随する要因が家庭の状況等である児童

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	2795	1255	47	37	28	706	24	549	149
親の離婚・死別	97 3.5%	60 4.8%	3 6.4%	3 8.1%	2 7.1%	14 2.0%	0 0.0%	13 2.4%	2 1.3%
家庭の経済的理由	96 3.4%	57 4.5%	1 2.1%	1 2.7%	0 0.0%	3 0.4%	0 0.0%	33 6.0%	1 0.7%
保護者の疾病・出産等	68 2.4%	43 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 1.3%	0 0.0%	15 2.7%	1 0.7%
保護者の養育力不足	260 9.3%	160 12.7%	4 8.5%	5 13.5%	0 0.0%	35 5.0%	0 0.0%	44 8.0%	12 8.1%
虐待・養育放棄	45 1.6%	32 2.5%	1 2.1%	0 0.0%	1 3.6%	2 0.3%	0 0.0%	9 1.6%	0 0.0%
きょうだい等家族関係	96 3.4%	62 4.9%	1 2.1%	1 2.7%	0 0.0%	20 2.8%	0 0.0%	11 2.0%	1 0.7%
住宅事情・地域でのトラブル	37 1.3%	31 2.5%	1 2.1%	1 2.7%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	3 0.5%	0 0.0%
その他	35 1.3%	7 0.6%	1 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.3%	0 0.0%	25 4.6%	0 0.0%

表 契約入所で、付随する要因が本人の状況等である児童

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	2795	1255	47	37	28	706	24	549	149
ADL・生活習慣の確立	391 14.0%	265 21.1%	3 6.4%	12 32.4%	0 0.0%	79 11.2%	0 0.0%	32 5.8%	0 0.0%
医療行為・医療的ケア	160 5.7%	9 0.7%	1 2.1%	3 8.1%	0 0.0%	79 11.2%	0 0.0%	57 10.4%	11 7.4%
行動上の課題改善	186 6.7%	170 13.5%	1 2.1%	2 5.4%	1 3.6%	7 1.0%	0 0.0%	4 0.7%	1 0.7%
学校での不適応・不登校	50 1.8%	39 3.1%	3 6.4%	1 2.7%	0 0.0%	1 0.1%	5 20.8%	1 0.2%	0 0.0%
学校就学・通学のため	170 6.1%	52 4.1%	0 0.0%	4 10.8%	0 0.0%	89 12.6%	0 0.0%	12 2.2%	13 8.7%
その他	37 1.3%	9 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 2.0%	0 0.0%	13 2.4%	1 0.7%

## 5) 障害種別、障害内容

平成28年6月1日現在の入所児での、主たる障害の種別での児童数は、次表の通りであった。

	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	全体
知的障害	2,924 83.5%	83 46.6%	51 35.9%	0 0.0%	12 1.3%	2 3.7%	42 5.2%	21 10.2%	3,135 53.1%
「発達障害」	520 14.8%	8 4.5%	21 14.8%	38 97.4%	5 0.5%	24 44.4%	1 0.1%	0 0.0%	617 10.5%
うち自閉症 スペクトラム障害	424 81.5%	8 100%	13 61.9%	37 97.4%	4 80.0%	20 83.3%	1 100%	0 0.0%	507 82.2%
うち知的障害を 伴うもの	409 96.5%	4 50.0%	12 92.3%	37 100%	4 100%	4 20.0%	1 100%	0 0.0%	471 92.9%
うち知的障害を 伴わないもの	15 3.5%	4 50.0%	1 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	16 80.0%	0 0.0%	0 0.0%	36 7.1%
うち ADHD	92 17.7%	0 0.0%	2 9.5%	1 2.6%	0 0.0%	4 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	99 16.0%
うち LD	2 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.3%
うちその他	2 0.4%	0 0.0%	6 28.6%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 1.5%
肢体不自由	24 0.7%	4 2.2%	46 32.4%	0 0.0%	504 52.5%	0 0.0%	42 5.2%	5 2.4%	625 10.6%
聴覚障害	7 0.2%	50 28.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	4 0.5%	0 0.0%	62 1.1%
うち軽度・中度	4 57.1%	25 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	29 46.8%
うち重度	3 42.9%	25 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100%	0 0.0%	4 100%	0 0.0%	33 53.2%
視覚障害	11 0.3%	31 17.4%	2 1.4%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	5 0.6%	0 0.0%	50 0.8%
重症心身障害 (大島分類 1～4 相当)	5 0.1%	0 0.0%	19 13.4%	0 0.0%	399 41.6%	0 0.0%	680 84.0%	175 85.4%	1,286 21.8%
その他	12 0.3%	1 0.6%	3 2.1%	1 2.6%	13 1.4%	1 1.9%	20 2.5%	4 2.0%	55 0.9%
不明	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	25 2.6%	27 50.0%	16 2.0%	0 0.0%	69 1.2%
計	3,503	178	142	39	960	54	810	205	5,899

各障害種別の割合は、計の数で除したものである。

自閉症スペクトラム障害の割合は、発達障害の数で除した。

うち知的障害を伴うもの、うち知的障害を伴わないものの割合は、自閉症スペクトラム障害の数で除した。

聴覚障害の、うち軽度・中等度、うち重度の割合は、聴覚障害の数で除した。

複数回答があるため、在籍児童数より数が上回る場合がある。

合併障害も含む障害内容での児童数は、下表の通りである

	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・重 症	国・ 重症	全体
知的障害のみ	1,836 56.9%	68 47.6%	37 25.5%	0 0.0%	1 0.1%	1 3.8%	8 1.0%	3 1.4%	1,954 35.5%
知的障害＋発達障害	1,178 36.5%	15 10.5%	19 13.1%	39 97.5%	4 0.4%	4 15.4%	12 1.5%	18 8.2%	1,289 23.4%
知的障害＋肢体不自由（重度 知的障害＋重度肢体不自由で大 島分類 1～4 に相当する児童は 重症心身障害に記入）	85 2.6%	2 1.4%	48 33.1%	0 0.0%	328 35.8%	0 0.0%	61 7.8%	13 5.9%	537 9.8%
発達障害のみ	29 0.9%	4 2.8%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	20 76.9%	0 0.0%	0 0.0%	54 1.0%
発達障害＋肢体不自由	16 0.5%	0 0.0%	7 4.8%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	6 2.7%	30 0.5%
肢体不自由のみ	3 0.1%	0 0.0%	7 4.8%	0 0.0%	146 15.9%	0 0.0%	9 1.2%	2 0.9%	167 3.0%
聴覚障害＋知的障害	21 0.7%	20 14.0%	0 0.0%	0 0.0%	35 3.8%	0 0.0%	7 0.9%	0 0.0%	83 1.5%
聴覚障害＋肢体不自由	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	9 1.2%	0 0.0%	11 0.2%
視覚障害＋知的障害	19 0.6%	18 12.6%	3 2.1%	0 0.0%	10 1.1%	0 0.0%	7 0.9%	0 0.0%	57 1.0%
視覚障害＋肢体不自由	3 0.1%	1 0.7%	1 0.7%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	6 0.8%	0 0.0%	13 0.2%
重症心身障害	7 0.2%	0 0.0%	21 14.5%	0 0.0%	367 40.0%	0 0.0%	644 82.6%	176 80.0%	1,223 22.2%
その他	31 1.0%	15 10.5%	1 0.7%	1 2.5%	21 2.3%	1 3.8%	17 2.2%	2 0.9%	89 1.6%
計	3,228	143	145	40	917	26	780	220	5,507

（重度知的障害＋重度肢体不自由で大島分類 1～4 に相当する児童は重症心身障害に記入）

各障害別の割合は計の数で除した。

複数回答があるため、在籍児童数より数が入る場合がある

表 、表 から示されている現状として、以下が特に重要である。

- 知的障害児施設においても、自閉症を主とする「発達障害」児もしくは「発達障害」を伴う児が多い傾向がある。
- 施設種別としては「盲ろう児を主な対象とする」施設においても、視覚障害、聴覚障害だけでなく、知的障害を合併する、あるいは知的障害が主な障害である児童が多く、発達障害を合併する児童も存在する。
- 「肢体不自由児を主な対象とする」施設では、福祉型、医療型のいずれにおいても、知的障害のある児童が多数である。福祉型施設において重症心身障害児が 14.5%であり、医療型肢体不自由児施設において、重症心身障害児が 40%である。

## 6) 主たる原因疾患（平成 28 年 6 月 1 日現在在籍児童）

（下記の S および R からそれぞれ選択し、複数回答可として回答を求めた。）

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
S1 脳性麻痺	1060 18.0%	37 1.1%	2 1.1%	33 22.8%	0 0.0%	447 45.7%	0 0.0%	439 47.3%	99 46.5%
S2 頭部外傷後遺症	187 3.2%	17 0.5%	3 1.6%	15 10.3%	0 0.0%	72 7.4%	0 0.0%	75 8.1%	5 2.3%
S3 頭蓋内感染症 （急性脳症含む） 後遺症	102 1.7%	2 0.1%	0 0.0%	8 5.5%	0 0.0%	38 3.9%	0 0.0%	44 4.7%	10 4.7%
S4 二分脊椎 またはその他の 脊髄損傷	54 0.9%	2 0.1%	0 0.0%	2 1.4%	0 0.0%	38 3.9%	0 0.0%	10 1.1%	2 0.9%
S5 神経筋疾患	81 1.4%	1 0.0%	0 0.0%	7 4.8%	0 0.0%	34 3.5%	0 0.0%	23 2.5%	16 7.5%
S6 先天性四肢形成不全症	10 0.2%	3 0.1%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	5 0.5%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%
S7 骨関節疾患	54 0.9%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	47 4.8%	0 0.0%	4 0.4%	2 0.9%
S8 その他先天性疾患	304 5.2%	39 1.2%	2 1.1%	13 9.0%	0 0.0%	99 10.1%	0 0.0%	130 14.0%	17 8.0%
S9 視覚障害	58 1.0%	23 0.7%	13 7.0%	2 1.4%	0 0.0%	5 0.5%	0 0.0%	15 1.6%	0 0.0%
S10 聴覚障害	101 1.7%	20 0.6%	55 29.4%	1 0.7%	0 0.0%	9 0.9%	0 0.0%	15 1.6%	1 0.5%
S11 音声・言語障害・嚥下障害	32 0.5%	2 0.1%	1 0.5%	7 4.8%	0 0.0%	5 0.5%	0 0.0%	17 1.8%	0 0.0%
S12 内部障害（心臓・呼吸・腎臓・泌尿器）	46 0.8%	19 0.6%	1 0.5%	4 2.8%	0 0.0%	8 0.8%	0 0.0%	14 1.5%	0 0.0%
S13 その他	207 3.5%	21 0.6%	1 0.5%	6 4.1%	0 0.0%	69 7.0%	0 0.0%	68 7.3%	41 19.2%
S14 なし	487 8.3%	430 12.8%	11 5.9%	7 4.8%	0 0.0%	4 0.4%	27 100%	0 0.0%	8 3.8%

主に、療育手帳・精神障害保健福祉手帳関係の、疾患・障害

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
R1 知的障害	4015 68.4%	2830 84.4%	114 61.0%	83 57.2%	31 79.5%	341 34.8%	5 18.5%	475 51.1%	129 60.6%
R2 染色体異常	184 3.1%	79 2.4%	5 2.7%	9 6.2%	0 0.0%	45 4.6%	0 0.0%	37 4.0%	8 3.8%
R3 自閉症スペクトラム障害	635 10.8%	558 16.6%	10 5.3%	8 5.5%	37 94.9%	1 0.1%	20 74.1%	1 0.1%	0 0.0%
R4 学習障害	21 0.4%	20 0.6%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
R5 注意欠如多動性障害(ADHD)	149 2.5%	136 4.1%	4 2.1%	4 2.8%	1 2.6%	0 0.0%	4 14.8%	0 0.0%	0 0.0%
R6 高次脳機能障害	7 0.1%	4 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%
R7 その他	65 1.1%	21 0.6%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	24 2.5%	1 3.7%	18 1.9%	0 0.0%
R8 なし	85 1.4%	13 0.4%	10 5.3%	3 2.1%	0 0.0%	31 3.2%	0 0.0%	26 2.8%	2 0.9%

## 7) 手帳の保持状況（平成 28 年 6 月 1 日現在）

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213

### 療育手帳

A（最重度・重度）	2508	1351	44	81	29	343	0	510	144
	42.7%	40.3%	23.5%	55.9%	74.4%	35.0%	0.0%	54.9%	67.6%
B（中度・軽度）	2013	1818	78	33	10	52	4	16	2
	34.3%	54.2%	41.7%	22.8%	25.6%	5.3%	14.8%	1.7%	0.9%
未所持	805	134	29	28	0	421	6	146	39
	13.7%	4.0%	15.5%	19.3%	0.0%	43.0%	22.2%	15.7%	18.3%
合計	4561	2752	120	142	30	777	10	579	143
	77.7%	82.1%	64.2%	97.9%	76.9%	79.4%	37.0%	62.3%	67.1%

### 身体障害者手帳

1 級	1639	60	22	47	0	615	0	700	187
	27.9%	1.8%	11.8%	32.4%	0.0%	62.8%	0.0%	75.3%	87.8%
2 級	334	56	39	20	0	166	0	49	4
	5.7%	1.7%	20.9%	13.8%	0.0%	17.0%	0.0%	5.3%	1.9%
3 級	105	39	15	13	0	26	0	12	0
	1.8%	1.2%	8.0%	9.0%	0.0%	2.7%	0.0%	1.3%	0.0%
4 級	49	26	8	4	0	10	0	1	0
	0.8%	0.8%	4.3%	2.8%	0.0%	1.0%	0.0%	0.1%	0.0%
5 級	27	9	3	1	0	14	0	0	0
	0.5%	0.3%	1.6%	0.7%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
6 級	18	9	7	0	0	1	0	1	0
	0.3%	0.3%	3.7%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%
未所持	922	671	43	56	0	113	0	25	14
	15.7%	20.0%	23.0%	38.6%	0.0%	11.5%	0.0%	2.7%	6.6%
合計	2793	809	128	141	0	898	0	676	133
	47.6%	24.1%	68.4%	97.2%	0.0%	91.7%	0.0%	72.8%	62.4%

### 精神保健福祉手帳

1 級	16	10	0	0	0	0	0	6	0
	0.3%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%
2 級	28	23	0	2	0	1	1	1	0
	0.5%	0.7%	0.0%	1.4%	0.0%	0.1%	3.7%	0.1%	0.0%
3 級	9	6	0	2	1	0	0	0	0
	0.2%	0.2%	0.0%	1.4%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
未所持	1259	662	2	39	0	287	0	228	41
	21.4%	19.7%	1.1%	26.9%	0.0%	29.3%	0.0%	24.5%	19.2%
合計	1208	661	2	43	1	242	1	225	33
	20.6%	19.7%	1.1%	29.7%	2.6%	24.7%	3.7%	24.2%	15.5%
所持して いない	282	118	7	9	0	119	16	9	4
	4.8%	3.5%	3.7%	6.2%	0.0%	12.2%	59.3%	1.0%	1.9%

療育手帳は都道府県により内容が異なるところがあるが、最重度・重度の療育手帳が交付されていることは、ほとんどの場合に、最重度・重度の知的障害があるとして公的に認定されていることを示す。

知的障害児施設では 40%の児童が「最重度・重度」として交付され、福祉型肢体不自由児施設の 56%、医療型肢体不自由児施設においても 35%の児童が「最重度・重度」として交付されていることが、重要である。

また、知的障害児施設入所児での身体障害者手帳保持者は、計 199 名となっている。

## 8) 行動障害等の状況（平成 28 年 6 月 1 日現在）

### （1）加算の認定

表 加算の認定状況は 下記の通りである。

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
重度障害児支援加算（措置）	649	469	32	52	7	67	0	19	3
重度障害児支援加算（契約）	714	494	11	27	20	136	0	19	7
強度行動障害児特別支援加算（措置）	38	21	0	0	1	14	0	2	0
強度行動障害児特別支援加算（契約）	90	57	0	0	2	30	0	0	1
重度重複障害児加算（措置）	104	23	8	33	0	40	0	0	0
重度重複障害児加算（契約）	101	11	1	9	0	77	0	3	0

強度行動障害児特別支援加算は、医療型施設では診療報酬での「強度行動障害入院医療管理加算」。

### （2）入所児童の持つ行動上の困難さの具体的状況

行動上の困難さのある入所児童が、表のように多数であった。

（週 1 回以上、表に示す行動がある児童数。一人の児童につき複数回答可として、回答された数。）

	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
強いこだわり	769 17.6%	11 13.8%	30 19.7%	29 16.3%	49 21.1%	12 28.6%	23 13.2%	8 13.3%	931
自傷行為	404 9.3%	10 12.5%	19 12.5%	2 1.1%	31 13.4%	0 0.0%	30 17.2%	8 13.3%	504
他傷、他害	493 11.3%	7 8.8%	14 9.2%	32 18.0%	22 9.5%	6 14.3%	14 8.0%	8 13.3%	596
奇声・著しい 騒がしさ	425 9.7%	17 21.3%	7 4.6%	20 11.2%	28 12.1%	2 4.8%	22 12.6%	3 5.0%	524
無断外出	97 2.2%	3 3.8%	3 2.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	1 0.6%	2 3.3%	107
器物破損等激しい破 壊行為	210 4.8%	4 5.0%	7 4.6%	12 6.7%	11 4.7%	1 2.4%	4 2.3%	5 8.3%	254
著しい騒がしさ	381 8.7%	6 7.5%	12 7.9%	20 11.2%	9 3.9%	10 23.8%	11 6.3%	3 5.0%	452
多動・飛び出し 行為	423 9.7%	6 7.5%	13 8.6%	14 7.9%	19 8.2%	7 16.7%	12 6.9%	10 16.7%	504
寡動・行動停止	108 2.5%	2 2.5%	6 3.9%	12 6.7%	6 2.6%	2 4.8%	1 0.6%	0 0.0%	137
徘徊・放浪	98 2.2%	0 0.0%	10 6.6%	3 1.7%	7 3.0%	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	119
盗癖	91 2.1%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	93
性的問題	108 2.5%	1 1.3%	5 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	115
異食・過食・ 反すう・多飲水	240 5.5%	1 1.3%	4 2.6%	17 9.6%	15 6.5%	0 0.0%	9 5.2%	4 6.7%	290
不潔行為 (弄便・唾遊び等)	282 6.5%	3 3.8%	11 7.2%	3 1.7%	14 6.0%	1 2.4%	11 6.3%	5 8.3%	330
弄火	16 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16
睡眠の乱れ	171 3.9%	9 11.3%	7 4.6%	14 7.9%	18 7.8%	0 0.0%	18 10.3%	4 6.7%	241
緘黙	16 0.4%	0 0.0%	3 2.0%	0 0.0%	2 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21
その他	34 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 9.2%	0 0.0%	50
計	4,366	80	152	178	232	42	174	60	5,284

行動上の困難さがある児童への支援は、スタッフの労力と時間とスキルを要する。強度行動障害児特別支援加算を認定されている児童は128名だったが、この特別支援加算を認定されていない児童の多数においても、行動上の困難があることが表から示されている。

## 9) 粗大運動機能（平成28年6月1日現在）

入所児の粗大運動機能を Gross Motor Function Classification System (GMFCS) に準拠して調査した。

未測定は欠損値として除外し、障害種別施設群毎の各レベルの分布を算出した。医療型自閉症施設は全て未測定であった。

（参考：GMFCS 分類）

- レベルⅠ 制限なしに歩く（速度、バランス、運動協調性は制限）
- レベルⅡ 制限を伴って歩く（長距離を歩くことやバランス保持に制限。階段昇降は手すりか介助。屋外の長距離は車椅子を要することもある）
- レベルⅢ 手に持つ移動器具を使用して歩く（屋内歩行は手に持つ移動器具を要す。屋外は車椅子を使用）
- レベルⅣ 制限を伴って自力移動（電車の移動手段を用いてもよい。ほとんどの生活環境で車椅子で移動、移乗に介助を要する）
- レベルⅤ 手動車椅子によって移送される

	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
粗大運動機能障害なし	928 45.0%	45 80.4%	18 18.6%	0 0.0%	10 1.3%	-	6 0.8%	28 19.2%	1035 26.2%
レベルⅠ	1022 49.5%	9 16.1%	41 42.3%	38 97.4%	40 5.1%	-	18 2.4%	3 2.1%	1171 29.7%
レベルⅡ	103 5.0%	1 1.8%	13 13.4%	1 2.6%	90 11.5%	-	32 4.2%	0 0.0%	240 6.1%
レベルⅢ	2 0.1%	0 0.0%	5 5.2%	0 0.0%	65 8.3%	-	20 2.7%	0 0.0%	92 2.3%
レベルⅣ	1 0.0%	1 1.8%	11 11.3%	0 0.0%	211 27.0%	-	80 10.6%	8 5.5%	312 7.9%
レベルⅤ	7 0.3%	0 0.0%	9 9.3%	0 0.0%	365 46.7%	-	598 79.3%	107 73.3%	1094 27.7%
合計	2063	56	97	39	781	0	754	146	3944

知的障害児施設、盲ろう施設、福祉型自閉症児施設ではそれぞれ粗大運動機能障害なし、ないし GMFCS レベルⅠ相当の児が90%以上を占めていた。しかし、知的障害児施設・盲ろう児施設に少ないながらも中程度ないし重度な粗大運動機能障害を呈する児が入所していた。

福祉型肢体不自由児施設では、軽度から重度までの粗大運動機能障害を呈する児が幅広く入所していた。

医療型肢体不自由児施設・重症心身障害児施設・国立病院機病棟では、レベルⅣ・Ⅴ相当の重度粗大運動機能障害を呈する児が多く入所していた。とくに、医療型肢体不自由児施設では、車椅子レベルないし自力移動不能な GMFCS レベルⅣ・Ⅴの児が75%を占めていた。

## 10) 大島分類・超重症児

入園児の粗大運動機能と知的能力を大島の分類により二軸評価し、重症心身障害児およびその周辺児に相当する児の占める割合を調査した。未測定は欠損値として除外し、障害種別施設群毎の分類に属する児の数の分布を算出した。

なお、盲ろう施設、福祉型自閉症児施設、医療型自閉症児施設においては調査票への記入がなされなかった。



## (参考) 大島の分類

走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	知的能力	
21	22	23	24	25	IQ 70－	
20	13	14	15	16	軽度	50－70
19	12	7	8	9	中度	35－50
18	11	6	3	4	重度	20－35
17	10	5	2	1	最重度	0－20

各分布表において、実線で囲まれた部分は大島の分類 1～4 に属する重症心身障害児に相当する。実線および 2 点鎖線で囲まれた部分は、大島の分類 1～9 に属し、重症心身障害児とその周辺児に相当する。

全体	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	2452	
ボーダー	41	22	42	20	9			
軽度	237	48	33	42	5			
中度	101	29	24	40	19	1～9	1515	61.8%
重度	127	43	32	78	49	1～4	1323	54.0%
最重度	79	59	77	177	1019			

知的	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	622	
ボーダー	31	2	3	2	2			
軽度	208	30	0	29	0			
中度	80	15	0	12	1	1～9	45	7.2%
重度	76	17	2	12	0	1～4	19	3.1%
最重度	64	18	11	3	4			

盲ろう	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	-	
ボーダー	-	-	-	-	-			
軽度	-	-	-	-	-			
中度	-	-	-	-	-			
重度	-	-	-	-	-			
最重度	-	-	-	-	-			

福・肢体	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	126	
ボーダー	1	0	4	1	0			
軽度	21	2	1	0	0			
中度	12	1	1	2	0	1～9	36	28.6%
重度	23	12	5	3	3	1～4	19	15.1%
最重度	3	9	9	8	5			

福・自閉	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	39	
ボーダー	0	0	0	0	0			
軽度	8	0	0	0	0			
中度	3	0	0	0	0	1～9		
重度	20	2	0	0	0	1～4		
最重度	6	0	0	0	0			

医・肢体	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	632	
ボーダー	7	20	34	16	5			
軽度	0	12	29	10	3			
中度	4	13	20	19	10	1～9	454	71.8%
重度	3	9	20	40	21	1～4	363	57.4%
最重度	0	13	22	72	230			

医・自閉	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	-
ボーダー	-	-	-	-	-		
軽度	-	-	-	-	-		
中度	-	-	-	-	-	1～9	
重度	-	-	-	-	-	1～4	
最重度	-	-	-	-	-		

医・重症	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	823
ボーダー	2	0	1	1	1		
軽度	0	4	3	3	2		
中度	2	0	3	6	4	1～9	788
重度	2	3	5	23	23	1～4	737
最重度	1	10	33	87	604		

国・重症	走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	1～25	253
ボーダー	0	0	0	0	1		
軽度	0	0	0	0	0		
中度	0	0	0	1	4	1～9	233
重度	2	3	5	23	23	1～4	221
最重度	5	9	2	7	168		

知的障害児施設には、重症心身障害児およびその周辺に相当する児が全体の 10.3%入所していた。  
福祉型肢体不自由児施設では、重症心身障害児およびその周辺児が全体の 43.7%入所していた。  
医療型肢体不自由児施設では、重症心身障害児およびその周辺児が全体の 71.8%入所していた。  
重症心身障害児施設・国療重心病棟では、重症心身障害児およびその周辺児が全体の 92 から 96%入所していた。

また、超重症児・準超重症児に相当する児の占める割合も併せて調査した。

	未測定	超重症児		準超重症児		(全数)
全体	1806	386	6.6%	281	4.8%	5873
知的	1504	0	0.0%	3	0.1%	3354
盲ろう	96	0	0.0%	0	0.0%	187
福・肢体	42	0	0.0%	0	0.0%	145
福・自閉	30	0	0.0%	0	0.0%	39
医・肢体	122	84	8.6%	74	7.6%	979
医・自閉	0	0	0.0%	0	0.0%	27
医・重症	12	246	26.5%	182	19.6%	929
国・重症	0	54	25.4%	22	10.3%	213

知的障害児施設に少ないながらも準超重症児が入所していることは特筆すべきである。  
医療型肢体不自由児施設では、入所児全体の 16.2%を占める。  
重症心身障害児施設では、医・重症、国・重症のいずれも同じく 44.1%を占めている。

## 11) 介助度

入園児の ADL 介助度を調査した。

障害種別施設群毎に、欠損値は除外して回答総数に対する各 ADL 介助度の構成比を算出した。

### 食事

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
自分で食べられないため食べさせてもらう。	33 1.1%	4 3.0%	21 14.5%	0 0.0%	415 46.1%	0 -	605 83.8%	170 86.3%	1256 24.5%
手づかみでは食べるがスプーンは使えない。	16 0.5%	0 0.0%	4 2.8%	0 0.0%	10 1.1%	0 -	10 1.4%	4 2.0%	44 0.9%
手づかみやスプーンで食べる。	331 10.8%	12 9.1%	41 28.3%	11 28.2%	138 15.3%	0	62 8.6%	5 2.5%	600 11.7%
スプーンやにぎりばしで食べられる。	429 14.0%	19 14.4%	37 25.5%	5 12.8%	80 8.9%	0	38 5.3%	6 3.0%	614 12.0%
はしを使って食べられる。	2318 75.4%	97 73.5%	42 29.0%	23 59.0%	263 29.2%	0	24 3.3%	4 2.0%	2771 54.0%
合計	3073	132	145	39	900	0	722	197	5131

全体では半数の児が箸を使用可能であった。福祉型肢体不自由児施設の入所児の約 70%は全介助ないし、一部介助を要した。医療型肢体不自由児施設の入所児の 46.1%は全介助、26.3%は一部介助を要していた。重症心身障害児施設の入所児の 80%以上が全介助であった。なお、経管栄養注入の児は除外されている。

### 排泄

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
オムツを必要とする段階。	204 6.7%	11 8.3%	43 29.7%	0 0.0%	579 60.9%	0 0.0%	782 93.0%	187 87.8%	1814 34.4%
大小便とも時間を決めてつれていく。(失敗があってもよい)	310 10.2%	7 5.3%	17 11.7%	6 15.4%	64 6.7%	0 0.0%	55 6.5%	12 5.6%	471 8.9%
大小便とも予告できる。(時に失敗があってもよい)	222 7.3%	3 2.3%	10 6.9%	5 12.8%	63 6.6%	0 0.0%	21 2.5%	0 0.0%	324 6.1%
大小便ともほぼ自立するが、後処理不完全。	649 21.4%	24 18.2%	28 19.3%	12 30.8%	79 8.3%	0 0.0%	12 1.4%	3 1.4%	807 15.3%
大小便とも自立。	1712 56.4%	87 65.9%	47 32.4%	21 53.8%	181 19.0%	0 0.0%	14 1.7%	3 1.4%	2065 39.2%
計	3035	132	145	39	951	0	841	213	5270

全体では約 40%の児が自立していた。福祉型肢体不自由児施設の入所児の 67.6%は全介助または半介助を要していた。医療型肢体不自由児施設では、60.9%の入所児がオムツ使用、21.6%の入所児が何らかの介助を要していた。重症心身障害児施設の入所児の 93%はオムツを必要としていた。

### 着脱衣

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
すべて介助が必要。(協力動作なし)	62 2.0%	1 0.8%	26 17.9%	0 0.0%	504 54.1%	0 0.0%	754 89.7%	172 89.1%	1527 29.1%
介助すれば協力しようとする。	152 5.0%	9 6.8%	13 9.0%	1 2.6%	89 9.6%	0 0.0%	55 6.5%	4 2.1%	323 6.2%
かんたんなものは自分で脱げる。	274 9.0%	7 5.3%	27 18.6%	0 0.0%	73 7.8%	0 0.0%	40 4.8%	0 0.0%	421 8.0%
着脱はほぼできるが、ボタンかけ等は困難。	472 15.5%	22 16.7%	29 20.0%	12 30.8%	88 9.5%	0 0.0%	8 1.0%	7 3.6%	638 12.2%
着脱ができ、ボタンかけ等も自分でできる。	2131 70.2%	93 70.5%	50 34.5%	26 66.7%	193 20.7%	0 0.0%	26 3.1%	2 1.0%	2521 48.0%
計	3036	132	145	39	931	0	841	193	5251

全体では約半数の児が、ボタン掛けまで可能であった。福祉型肢体不自由児施設では、全介助が 17.9%、一部介助が 47.6%であった。医療型肢体不自由児施設では、全介助 54.1%、一部介助 26.9%であった。重心では、90%が全介助であった。

## 移動

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
自力移動殆ど不能。寝たきりの状態。	6 0.2%	0 0.0%	10 6.9%	0 0.0%	383 40.4%	0 0.0%	683 81.5%	171 80.3%	1261 24.2%
なんらかの自力移動可能。	16 0.5%	4 3.0%	16 11.0%	0 0.0%	328 34.6%	0 0.0%	123 14.7%	19 8.9%	506 9.7%
独歩不能なるもつたい歩き可。(手をつなげば歩ける)	29 1.0%	4 3.0%	21 14.5%	0 0.0%	72 7.6%	0 0.0%	26 3.1%	1 0.5%	153 2.9%
独歩可能なるも危なっかしい。	282 9.4%	21 15.9%	23 15.9%	0 0.0%	90 9.5%	0 0.0%	25 3.0%	7 3.3%	448 8.6%
歩行可能又は不自由さはあるが皆と同様に歩ける。	2712 90.6%	103 78.0%	75 51.7%	39 100.0%	86 9.1%	0 0.0%	26 3.1%	8 3.8%	3049 58.4%
計	2992	132	145	39	948	0	838	213	5221

全体では約 60%の児が歩行可能であった。福祉型肢体不自由児施設では移動に際して 41.4%の児が一部介助を要した。医療型肢体不自由児施設では、51.5%の児が移動に際して一部介助を要し、40.4%の児が自力移動不能・寝たきりであった。重心では約 80%が自力移動不能・寝たきりであった。

## 言語

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
話せないし、相手の言うこともわからない。	136 4.5%	5 3.8%	21 14.5%	0 0.0%	380 39.9%	0 0.0%	662 78.7%	168 78.9%	1380 26.2%
話すことはできないが相手の言うことはわかる。	365 12.0%	17 12.9%	15 10.3%	30 76.9%	98 10.3%	0 0.0%	78 9.3%	18 8.5%	971 18.4%
身振りや声で表現し伝えようとする。	311 10.2%	7 5.3%	23 15.9%	0 0.0%	82 8.6%	0 0.0%	71 8.4%	7 3.3%	501 9.5%
単語程度で意思交換可能。	393 12.9%	10 7.6%	28 19.3%	2 5.1%	71 7.5%	0 0.0%	26 3.1%	4 1.9%	534 10.1%
大体のことは言葉で通じあえる。	1897 62.4%	93 70.5%	58 40.0%	7 17.9%	337 35.4%	0 0.0%	46 5.5%	8 3.8%	2446 46.4%
計	3038	132	145	39	952	0	841	213	5274

全体では、約半数の児が言語によるコミュニケーションが可能であった。重心では約 80%が、話せず相手の言語も理解できなかった。

## 指示への理解・対応、危険への認知・対応など

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
全く指示の理解もできず、従えない。危険もわからない。	299 9.7%	6 4.5%	24 16.6%	27 69.2%	494 51.8%	0 0.0%	747 91.0%	179 84.0%	1784 33.7%
ある程度危険を避けられるが目を離すと不安なことが多い。	609 19.8%	27 20.5%	50 34.5%	3 7.7%	95 10.0%	0 0.0%	55 6.7%	11 5.2%	850 16.1%
くりかえし指示を与えれば何とか従える。	469 15.3%	9 6.8%	19 13.1%	2 5.1%	74 7.8%	0 0.0%	22 2.7%	7 3.3%	602 11.4%
ほぼ、指示や説明を理解し行動できる。	589 19.2%	25 18.9%	23 15.9%	0 0.0%	103 10.8%	0 0.0%	20 2.4%	2 0.9%	762 14.4%
自発性もありごく日常的な生活には対応できる。	1145 37.3%	65 49.2%	29 20.0%	7 17.9%	205 21.5%	0 0.0%	18 2.2%	6 2.8%	1475 27.9%
計	3073	132	145	39	954	0	821	213	5291

全体では、約 3 分の 1 の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。福祉型自閉症児施設では、68.2%の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。医療型肢体不自由児施設では 51.8%の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。重心施設では、91.0%の児が全く指示の理解もできず、従えず、危険もわからない状態であった。

## 関係対人物

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
無関心、呼ばれても反応を示さない。	59 2.0%	0 0.0%	4 2.8%	0 0.0%	155 16.7%	0 0.0%	385 45.8%	109 51.2%	714 13.7%
呼ばれれば反応を示す。特定の人や物には一応関心がもてる。	376 12.5%	3 2.3%	19 13.1%	26 74.3%	232 25.0%	0 0.0%	275 32.7%	67 31.5%	1004 19.2%
人や物に関心をもち、表情や動作にあらわす。	483 16.0%	18 13.6%	22 15.2%	4 11.4%	148 15.9%	0 0.0%	127 15.1%	12 5.6%	814 15.6%
一方的ながら、人や物に対して働きかけ、初歩的な関係がもてる。	746 24.7%	22 16.7%	55 37.9%	2 5.7%	139 15.0%	0 0.0%	68 8.1%	10 4.7%	1042 19.9%
友だちの世話をしたり、協力して遊んだりもする。	1455 48.2%	89 67.4%	45 31.0%	7 20.0%	296 31.9%	0 0.0%	30 3.6%	7 3.3%	1929 36.9%
計	3020	132	145	35	928	0	840	213	5227

全体では、約 85%の児は、何らかの対人物興味を示している。重心では約 45%の児は、無関心、呼ばれても反応を示さない状態であった。

介助による食事に 30 分以上を要する児は、全体の 11.8%であった。肢体不自由、重症心身障害児施設で、その割合は高くなる傾向があった。

事業の種類	在籍児童数	介助による食事に 30 分以上を要する入所児童の数	%
知的	3,379	152	4.5%
盲ろう	187	12	6.4%
福・肢体	145	18	12.4%
福・自閉	39	0	0.0%
医・肢体	966	193	20.0%
医・自閉	27	0	0.0%
医・重症	803	269	33.5%
国・重症	213	37	17.4%
計	5,759	681	11.8%

食事介助に 30 分以上を要する児童では、食事時間に、児 1 ～ 2 名に対し職員 1 名が必要であり、それに相応した職員配置が必要である。（なお、医療型施設では、経口食事摂取の児童だけでなく経管栄養の児童も入所しており、在籍児童数はその合計である。したがって、経口食事摂取児童の中での食事介助 30 分超の児童の割合は、この表での在籍児童数との比率での割合よりも高くなる。）

ADL については、全介助の児だけが特に手が掛かるわけではなく、一部介助の児については、自立度を向上させるために、個々の児の能力に応じた部分介助や時間を掛けた見守りなどを要する。

## 1 2) 医療ケアの状況 (平成 28 年 6 月 1 日現在)

下表の児童が日常的な医療ケアを要している。

表

事業の種類	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
受けている児童数	1105 18.8%	98 2.9%	4 2.1%	23 15.9%	0 0.0%	319 32.6%	0 0.0%	518 55.8%	143 67.1%

受けている医療ケアの内容毎の数は、表 の通りである。(項目は、基本的に、診療報酬の「超重症児(者)・準超重症児者の判定基準」による。「経口摂取全介助」は医療ケアとは意味が異なるが、このスコア表に含まれているため、本調査でも項目に含めた。)

事業の種類	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
呼吸管理									
レスピレーター管理	302 5.1%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	60 6.1%	0 0.0%	155 16.7%	86 40.4%
期間内挿管、気管切開	442 7.5%	1 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	73 7.5%	0 0.0%	256 27.6%	109 51.2%
エアウェイ	33 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 0.8%	0 0.0%	8 0.9%	17 8.0%
O <sub>2</sub> 療法	210 3.6%	4 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	38 3.9%	0 0.0%	117 12.6%	51 23.9%
痰などの吸引 5回/日	149 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.1%	0 0.0%	53 5.4%	0 0.0%	68 7.3%	24 11.3%
痰などの頻回吸引 6回/日	570.3 9.7%	2.3 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	90 9.2%	0 0.0%	360 38.8%	116 54.5%
ネブライザー使用	252 4.3%	5 0.1%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	49 5.0%	0 0.0%	178 19.2%	19 8.9%
食事機能									
I V H (経静脈的栄養)	16 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 0.8%	9 4.2%
経口摂取 (全介助)	205 3.5%	3 0.1%	0 0.0%	11 7.6%	0 0.0%	67 6.8%	0 0.0%	99 10.7%	22 10.3%
経管栄養 (経鼻胃管、胃瘻から)	672 11.4%	2 0.1%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	183 18.7%	0 0.0%	355 38.2%	126 59.2%
経管栄養 腸瘻	74 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 1.2%	0 0.0%	44 4.7%	18 8.5%
持続注入ポンプ使用	93 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	13 1.3%	0 0.0%	66 7.1%	14 6.6%
他の項目									
服薬等にも 改善しない過緊張	105 1.8%	1 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	28 2.9%	0 0.0%	53 5.7%	22 10.3%
継続する透析	3 0.1%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%
定期導尿 (3回/日以上)	75 1.3%	1 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	29 3.0%	0 0.0%	26 2.8%	18 8.5%
人工肛門	21 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	4 0.4%	0 0.0%	6 0.6%	10 4.7%
体位交換 6回/日以上	652 11.1%	4 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	133 13.6%	0 0.0%	394 42.4%	119 55.9%
その他の医療的処置	96 1.6%	21 0.6%	0 0.0%	7 4.8%	0 0.0%	33 3.4%	0 0.0%	27 2.9%	8 3.8%
特別の対応を要する 症状	51 0.9%	18 0.5%	0 0.0%	10 6.9%	0 0.0%	12 1.2%	0 0.0%	11 1.2%	0 0.0%

### 13) 服薬の状況・内容（平成28年6月1日現在。複数回答可）

表

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
抗精神病薬等									
抗てんかん薬	1899 32.3%	685 20.4%	19 10.2%	61 42.1%	11 28.2%	460 47.0%	4 14.8%	560 60.3%	91 42.7%
抗精神病薬	1057 18.0%	903 26.9%	17 9.1%	13 9.0%	22 56.4%	27 2.8%	21 77.8%	53 5.7%	1 0.5%
抗不安薬	360 6.1%	222 6.6%	8 4.3%	3 2.1%	2 5.1%	35 3.6%	2 7.4%	82 8.8%	6 2.8%
抗ADHD薬	233 4.0%	180 5.4%	4 2.1%	3 2.1%	0 0.0%	29 3.0%	16 59.3%	1 0.1%	0 0.0%
睡眠導入薬	491 8.4%	312 9.3%	3 1.6%	4 2.8%	3 7.7%	64 6.5%	2 7.4%	95 10.2%	8 3.8%
その他	85 1.4%	31 0.9%	0 0.0%	17 11.7%	7 17.9%	12 1.2%	1 3.7%	16 1.7%	1 0.5%
その他(1ヶ月以上服用している場合)									
心臓疾患	76 1.3%	16 0.5%	0 0.0%	12 8.3%	0 0.0%	19 1.9%	0 0.0%	24 2.6%	5 2.3%
喘息	248 4.2%	81 2.4%	3 1.6%	3 2.1%	2 5.1%	47 4.8%	0 0.0%	101 10.9%	11 5.2%
貧血	71 1.2%	22 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 2.1%	0 0.0%	24 2.6%	4 1.9%
腎臓疾患	33 0.6%	9 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 1.0%	0 0.0%	12 1.3%	2 0.9%
糖尿病	13 0.2%	9 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	1 0.1%	2 0.9%
その他	526 9.0%	226 6.7%	3 1.6%	38 26.2%	7 17.9%	151 15.4%	0 0.0%	94 10.1%	7 3.3%

抗てんかん薬を服用する児童が知的障害児施設において20%で、福祉型肢体不自由児施設では42%、医療型肢体不自由児施設で47%となっている。知的障害児施設では、27%以上の児童が、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠導入薬の服用を要している。

福祉型施設であっても、医療的処置、服薬管理、通院等の医療的対応が多く、そのため複数の看護師配置が必要となっている状況がうかがわれる。

### 14) 就学・就園の状況

就学、就園の状況は以下の通りである。

#### 1) 就学前児童の状況（平成28年6月1日現在。複数回答可）

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
幼稚園へ通園	57	26	9	2	0	20	0	0	0
保育所へ通所	17	9	0	0	0	4	0	4	0
児童発達支援事業等 療育機関	42	36	0	0	0	5	0	1	0
園内訓練	152	18	0	5	0	72	0	51	6
園内保育	264	52	7	15	0	120	0	65	5
その他	59	10	4	9	0	6	0	23	7
合計	591	151	20	31	0	227	0	144	18

## 2) 義務教育年齢の児童の状況（平成 28 年 6 月 1 日現在）

### 訪問教育

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
全体	20	19	27	37	25	28	30	31	28	245
知的	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
盲ろう	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福・肢体	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福・自閉	0	1	0	1	0	1	0	1	4	8
医・肢体	1	0	3	2	0	1	0	4	1	12
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	14	13	17	30	17	20	20	20	18	169
国・重症	5	5	7	4	7	6	9	6	5	54

### 施設内分校・分教室

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
全体	19	29	21	24	31	33	43	45	46	291
知的	3	3	4	3	6	7	9	12	15	62
盲ろう	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福・肢体	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	6	13	9	12	14	6	13	13	11	97
医・自閉	0	1	1	2	4	4	2	8	5	27
医・重症	9	12	6	7	5	13	17	12	15	96
国・重症	1	0	1	0	2	3	2	0	0	9

### 特別支援学校小・中学部

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
全体	114	128	162	157	179	210	276	326	396	1948
知的	56	64	70	90	107	127	171	211	282	1178
盲ろう	6	5	5	8	5	7	7	16	16	75
福・肢体	5	6	8	2	9	5	11	12	9	67
福・自閉	0	0	1	2	0	0	3	2	2	10
医・肢体	37	39	51	31	37	55	54	50	60	414
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	7	11	22	18	15	13	27	26	27	166
国・重症	2	3	5	5	5	3	3	8	0	34

### 小中学校の特別支援学級

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
全体	31	36	55	41	52	80	62	70	79	506
知的	23	23	47	35	43	66	47	56	66	406
盲ろう	2	2	2	2	3	6	4	7	6	34
福・肢体	1	4	3	0	1	4	2	0	1	16
福・自閉	1	0	0	1	3	2	1	0	0	8
医・肢体	2	6	3	3	2	1	6	7	6	36
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	2	1	0	0	0	1	2	0	0	6
国・重症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

### 小中学校の通級

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
全体	0	0	1	2	3	3	4	1	3	17
知的	0	0	1	2	3	3	4	1	3	17
盲ろう	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福・肢体	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重心	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
国療重心	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

### 小中学校の通常学級

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
全体	2	0	2	0	2	0	1	2	1	10
知的	2	0	2	0	1	0	1	1	1	8
盲ろう	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
福・肢体	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重心	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
国療重心	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 3) 義務教育終了後の児童の状況（平成 28 年 6 月 1 日現在）

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
訪問 高1	39	1	0	0	0	3	0	25	10
訪問 高2	60	1	0	0	0	3	0	42	13
訪問 高3	35	0	0	0	0	1	0	25	9
計	134	2	0	0	0	7	0	92	32
施設内 高1	22	5	0	0	0	5	0	10	2
施設内 高2	23	9	0	0	0	1	0	13	0
施設内 高3	21	9	0	0	0	0	0	10	2
計	66	23	0	0	0	6	0	33	4
特別 高1	494	364	15	10	5	57	0	34	9
特別 高2	554	409	15	13	4	68	0	35	8
特別 高3	532	407	16	14	0	58	0	26	11
計	1580	1180	46	37	9	183	0	95	28
高等特別 高1	50	45	2	1	0	2	0	0	0
高等特別 高2	63	55	1	1	1	2	0	3	0
高等特別 高3	53	50	0	0	0	3	0	0	0
計	166	150	3	2	1	7	0	3	0



特別専攻 高1	7	5	1	1	0	0	0	0	0
特別専攻 高2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
特別専攻 高3	3	3	0	0	0	0	0	0	0
計	10	8	1	1	0	0	0	0	0
一般 高1	3	1	0	1	0	1	0	0	0
一般 高2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
一般 高3	8	3	3	1	0	1	0	0	0
計	12	5	3	2	0	2	0	0	0

福祉型入所施設では、施設内の分校・分教室が設置されていない場合が多く、また、訪問教育対象児はわずかである。同じ施設から複数の学校へ登校しており、そのために、学校の登下校への送迎や、学校との対応に人手がかかっている。

#### 就学していない児童数

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
就学していない児童数	263	142	2	6	0	36	0	71	5

## 15) 家庭の状況等

### (1) 家庭状況

平成28年6月1日現在入所児童の、家庭の状況は下表の通りである。(数字は児童人数)

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
両親世帯	1,410 41.6%	76 40.6%	48 36.9%	26 66.7%	644 65.9%	22 81.5%	434 56.8%	133 68.2%	2,793 48.9%
母子世帯	1,274 37.6%	64 34.2%	49 37.7%	6 15.4%	232 23.7%	2 7.4%	213 27.9%	43 22.1%	1,883 33.0%
父子世帯	471 13.9%	28 15.0%	19 14.6%	4 10.3%	72 7.4%	1 3.7%	76 9.9%	12 6.2%	683 12.0%
兄弟姉妹のみ世帯	20 0.6%	0 0.0%	2 1.5%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	24 0.4%
祖父母・親戚が保護者として 対応の世帯	155 4.6%	14 7.5%	7 5.4%	2 5.1%	19 1.9%	0 0.0%	24 3.1%	5 2.6%	226 4.0%
その他	57 1.7%	5 2.7%	5 3.8%	0 0.0%	10 1.0%	2 7.4%	16 2.1%	2 1.0%	97 1.7%
計	3,387	187	130	39	977	27	764	195	5,706
兄弟姉妹で入所 世帯数	126	4	0	0	5	0	8	0	143
兄弟姉妹で入所 人数	559 16.5%	14 7.5%	1 0.8%	1 2.6%	79 8.1%	0 0.0%	123 16.1%	15 7.7%	792 13.9%

各世帯の人数の割合は、計の人数で除した

### (2) 家庭外泊、帰省の状況

平成27年4月～28年3月の実績は、表の通りである。

外泊、帰省が、「年1～2回程度」か、「なし」の児童が、3835名で、全入所児童の66%に上る。これは、週末や祝日、年末年始などにおいても、相応の職員配置を必要とする状況を生じている。

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
措置 児童数	2,113	140	108	10	258	3	254	64	2,950
週末(隔週)ごとに外泊・ 帰省	192 9.1%	8 5.7%	1 0.9%	2 20.0%	17 6.6%	1 33.3%	4 1.6%	0 0.0%	225 7.6%

月に1回程度	238 11.3%	13 9.3%	4 3.7%	1 10.0%	16 6.2%	0 0.0%	2 0.8%	1 1.6%	275 9.3%
年に1～2回程度	591 28.0%	42 30.0%	17 15.7%	5 50.0%	44 17.1%	0 0.0%	17 6.7%	3 4.7%	719 24.4%
家庭外泊・帰省なし	1064 50.4%	78 55.7%	86 79.6%	2 20.0%	193 74.8%	1 33.3%	230 90.6%	37 57.8%	1,691 57.3%
契約 児童数	1,255	47	37	28	706	24	549	149	2,795
週末(隔週)ごとに外泊・帰省	463 36.9%	19 40.4%	14 37.8%	21 75.0%	610 86.4%	6 25.0%	56 10.2%	2 1.3%	1,191 42.6%
月に1回程度	268 21.4%	22 46.8%	6 16.2%	3 10.7%	187 26.5%	8 33.3%	58 10.6%	5 3.4%	557 19.9%
年に1～2回程度	365 29.1%	2 4.3%	7 18.9%	2 7.1%	103 14.6%	4 16.7%	74 13.5%	10 6.7%	569 20.4%
家庭外泊・帰省なし	194 15.5%	4 8.5%	15 40.5%	3 10.7%	215 30.5%	5 20.8%	353 64.3%	109 73.2%	898 32.1%

家庭外泊・帰省なしの児童が、それができない理由は、次のように回答されている。

	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
家族がいない	73 5.8%	6 7.3%	6 6.4%	0 0.0%	11 3.1%	0 0.0%	9 1.6%	2 1.2%	107 4.2%
地理的条件で困難	28 2.2%	3 3.7%	2 2.1%	0 0.0%	30 8.4%	0 0.0%	11 1.9%	13 7.7%	87 3.4%
本人の事情で 帰らない	133 10.5%	2 2.4%	2 2.1%	2 40.0%	61 17.0%	3 50.0%	159 27.7%	48 28.4%	416 16.2%
家庭状況から 帰せない	902 71.4%	63 76.8%	68 72.3%	1 20.0%	146 40.7%	3 50.0%	220 38.3%	39 23.1%	1,444 56.4%
その他	128 10.1%	8 9.8%	16 17.0%	2 40.0%	111 30.9%	0 0.0%	175 30.5%	67 39.6%	507 19.8%
計	1264	82	94	5	359	6	574	169	2,561

### (3) 面会等訪問の状況(平成27年4月～平成28年3月の実績)

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
在籍児童数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213
家族の訪問なし	922 15.7%	581 17.3%	47 25.1%	32 22.1%	2 5.1%	169 17.3%	1 3.7%	69 7.4%	19 8.9%
週末(隔週)ごとに家族が訪問	1641 27.9%	376 11.2%	21 11.2%	23 15.9%	7 17.9%	686 70.1%	10 37.0%	475 51.1%	43 20.2%
月に1回程度家族が訪問	1270 21.6%	662 19.7%	27 14.4%	27 18.6%	3 7.7%	213 21.8%	15 55.6%	257 27.7%	61 28.6%
年に1～2回程度家族が訪問	1366 23.3%	898 26.8%	40 21.4%	40 27.6%	0 0.0%	125 12.8%	0 0.0%	197 21.2%	65 30.5%
職員が引率して家庭で面会	70 1.2%	61 1.8%	1 0.5%	3 2.1%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	3 0.3%	0 0.0%
面会の制限が必要な児童	199 3.4%	156 4.7%	9 4.8%	9 6.2%	0 0.0%	15 1.5%	0 0.0%	9 1.0%	1 0.5%
その他	671 11.4%	33 1.0%	8 4.3%	9 6.2%	0 0.0%	172 17.6%	0 0.0%	443 47.7%	6 2.8%

### 3. 平成 27 年度の入・退所の状況（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月）

#### 1) 平成 27 年度の新規入所児童の状況

（1）年齢別（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況）（年齢は入所時の年齢）

##### 契約 男

	5 歳以下	6～11 歳	12～14 歳	15～17 歳	合 計
知的	13	34	49	84	180
盲ろう	0	1	1	0	2
福・肢体	0	5	1	1	7
福・自閉	0	6	0	2	8
医・肢体	338	269	99	64	770
医・自閉	0	8	9	0	17
医・重症	21	14	10	8	53
国・重症	3	3	3	8	17
全体	375	340	172	167	1054

##### 契約 女

	5 歳以下	6～11 歳	12～14 歳	15～17 歳	合 計
知的	2	12	20	32	66
盲ろう	2	1	1	1	5
福・肢体	1	0	1	0	2
福・自閉	1	1	0	0	2
医・肢体	292	184	92	49	617
医・自閉	0	0	1	0	1
医・重症	22	11	6	2	41
国・重症	1	2	3	4	10
全体	321	211	124	88	744

##### 措置 男

	5 歳以下	6～11 歳	12～14 歳	15～17 歳	合 計
知的	49	80	71	44	244
盲ろう	3	4	1	0	8
福・肢体	6	2	3	6	17
福・自閉	0	2	2	0	4
医・肢体	14	3	4	1	22
医・自閉	0	3	0	0	3
医・重症	13	4	0	2	19
国・重症	1	4	0	0	5
全体	86	102	81	53	322

##### 措置 女

	5 歳以下	6～11 歳	12～14 歳	15～17 歳	合 計
知的	20	51	52	48	171
盲ろう	2	2	3	1	8
福・肢体	2	3	4	4	13
福・自閉	0	2	0	0	2
医・肢体	8	5	2	1	16
医・自閉	0	0	1	0	1
医・重症	11	1	2	2	16
国・重症	2	1	0	1	4
全体	45	65	64	57	231

(2) 平成 27 年度の新規入所児童の入所経路（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況）

	家庭から		他の福祉 型障害児 入所施設 から		他の医療型 障害児入所 施設から		病院等医療 機関から		乳児院から		児童養護施 設から		児童自 立支援 施設から		情緒障害 児短期治 療施設か ら		母子生活 支援施設 から		里親家庭 から		学校寄宿 舎から		児童相談所 一時保護所 から		その他	合計	
全体	1803	79.7%	32	1.4%	45	2.0%	132	5.8%	44	1.9%	65	2.9%	6	0.3%	6	0.3%	6	0.3%	4	0.2%	9	0.4%	104	4.6%	6	0%	2262
知的	348	59.1%	22	3.7%	11	1.9%	17	2.9%	16	2.7%	54	9.2%	6	1.0%	5	0.8%	5	0.8%	2	0.3%	7	1.2%	92	15.6%	4	1%	589
盲ろう	11	50.0%	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	4	18.2%	2	9.1%	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	13.6%	0	0%	22
福・肢体	21	55.3%	0	0.0%	1	2.6%	2	5.3%	6	15.8%	2	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	2.6%	4	10.5%	0	0%	38
福・自閉	11	64.7%	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.9%	4	23.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0%	17
医・肢体	1326	93.1%	4	0.3%	8	0.6%	68	4.8%	10	0.7%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%	1	0.1%	2	0.1%	2	0%	1424
医・自閉	18	81.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	9.1%	0	0%	22
医・重症	61	53.5%	2	1.8%	14	12.3%	29	25.4%	7	6.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%	0	0%	114
国・重症	7	19.4%	2	5.6%	11	30.6%	15	41.7%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0%	36

最近の新規入所児においても、福祉型施設では、乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設、児童相談所一時保護所からの入所が、28～40%となっている。とくに、児童相談所一時保護所からの新規入所が、10～15%となっており、平成 28 年 6 月 1 日現在の在籍児全体の中での児童相談所一時保護所からの新入所が 5～11%であった（2 の 3）の表参照）のと比較して、増加している。

## 2) 虐待による入所児の状況

平成 27 年度に新規入所した児童に占める「被虐待児童」と「被虐待疑い児童」の数は以下の表の通りである。（平成 28 年 6 月 1 日現在での全入所児童における、「被虐待児童」と「被虐待疑い児童」については、この施設基本調査票による調査とは別の、被虐待児童についての施設調査票による分担研究報告を参照）。

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
被虐待児童数									
男	238	3	7	7	41	0	13	3	312
(%)	56.1%	30.0%	29.2%	58.3%	5.2%	0.0%	18.1%	13.6%	22.7%
女	180	2	10	2	34	0	10	2	240
(%)	75.9%	15.4%	66.7%	50.0%	5.4%	0.0%	17.2%	14.3%	24.6%
小計	418	5	17	9	75	0	23	5	552
(%)	63.2%	21.7%	43.6%	56.3%	5.3%	0.0%	17.7%	13.9%	23.5%
被虐待疑い児童数									
男	73	3	1	2	6	5	13	2	105
(%)	17.2%	30.0%	4.2%	16.7%	0.8%	25.0%	18.1%	9.1%	7.6%
女	31	1	1	0	5	0	7	1	46
(%)	13.1%	7.7%	6.7%	0.0%	0.8%	0.0%	12.1%	7.1%	4.7%
小計	104	4	2	2	11	5	20	3	151
(%)	15.7%	17.4%	5.1%	12.5%	0.8%	22.7%	15.4%	8.3%	6.4%
合計	522	9	19	11	86	5	43	8	703

((%)は施設種別毎の新規入所児全体に対するそれぞれの比率を示す)

知的障害児施設、福祉型肢体不自由児施設、福祉型自閉症施設においては「被虐待児童」と「被虐待疑い児童」の占める割合は約半数以上を占めていた。

主として肢体不自由児を入所させる医療型障害児施設においては、新規入所児に占める「被虐待児童」と「被虐待疑い児童」の比率は他の施設群に比較して少なかったが、これは手術や集中リハビリテーションなど短期有目的入所の比率が高いことを示していると考えられた。

入所形態	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
契約	44	1	0	2	6	3	6	1	63
(%)	8.4%	11.1%	0.0%	18.2%	7.0%	60.0%	14.0%	12.5%	9.0%
措置	478	8	19	9	80	2	37	7	640
(%)	91.6%	88.9%	100.0%	81.8%	93.0%	40.0%	86.0%	87.5%	91.0%

「被虐待児童」と「被虐待疑い児童」の入所であっても、必ずしも全例措置入所とはならず、10 から 20%程度は契約入所となっていることが示された。特に、医療型自閉症施設では契約入所が半数を超えていた。

### 3) 有期限有目的入所

平成 27 年度より施行開始となった、医療型障害児入所施設における「有期有目的」入所の実態は、表の通りである。なお、主として知的障害児を入所させる福祉型障害児入所施設と盲ろう児を入所させる福祉型障害児入所施設における運用例は、短期入所としての利用であった。

	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症	計
人数	106	1	0	0	1209	0	37	3	1356

有期有目的入所児の入所期間の分布は以下の通りであった

	～30 日	31～60 日	61～90 日	91～120 日	121～150 日	151～180 日	181 日～
全体	507	352	165	102	44	29	157
知的（参考）	8	6	2	1	1	2	86
医・肢体	486	337	158	98	42	26	62
重心	11	9	5	3	1	1	7
国療重心	1	0	0	0	0	0	2

主として肢体不自由児を入所させる施設における運用例が多い。入所期間の分布は、30 日以内が全体の約 40%を占め、90 日以内が全体の約 85%を占めていた。

### 4) 親子入所の状況（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況）

親子入所は、医療型・肢体施設 31 施設中 14 施設（45%）で実施されており、年間平均 41.4 名の利用があった。

	施設数	該当児童数
全体	14	579
知的	0	0
盲ろう	0	0
福・肢体	0	0
福・自閉	0	0
医・肢体	14	579
医・自閉	0	0
重心	0	0
国・重心	0	0

## 5) 退所児童の状況

(1) 年齢別退所児童（平成27年4月～平成28年3月の状況）（年齢は退所時の年齢）

契約 男

措置 男

	5歳以下	6～11歳	12～14歳	15～17歳	18～19歳	合計
全体	404	286	98	87	168	1043
知的	1	6	12	28	134	181
盲ろう	0	1	0	1	8	10
福・肢体	0	2	1	2	0	5
福・自閉	0	0	1	2	1	4
医・肢体	382	247	65	40	17	751
医・自閉	0	8	6	3	0	17
医・重症	19	21	12	10	7	69
国・重症	2	1	1	1	1	6

	5歳以下	6～11歳	12～14歳	15～17歳	18～19歳	合計
全体	10	31	20	46	161	268
知的	3	13	11	35	145	207
盲ろう	0	2	2	3	4	11
福・肢体	1	0	0	1	5	7
福・自閉	0	0	0	0	0	0
医・肢体	5	9	2	4	5	25
医・自閉	0	2	2	1	0	5
医・重症	1	3	2	1	2	9
国・重症	0	2	1	1	0	4

契約 女

措置 女

	5歳以下	6～11歳	12～14歳	15～17歳	18～19歳	合計
全体	334	220	69	57	100	780
知的	0	2	3	12	61	78
盲ろう	0	1	0	3	4	8
福・肢体	0	0	0	0	2	2
福・自閉	0	0	0	0	0	0
医・肢体	323	197	60	36	20	636
医・自閉	0	0	1	4	0	5
医・重症	10	18	4	2	13	47
国・重症	1	2	1	0	0	4

	5歳以下	6～11歳	12～14歳	15～17歳	18～19歳	合計
全体	8	16	15	34	99	172
知的	2	7	10	29	83	131
盲ろう	1	1	2	1	3	8
福・肢体	0	1	0	1	4	6
福・自閉	0	0	0	0	0	0
医・肢体	2	4	0	2	8	16
医・自閉	0	1	3	1	0	5
医・重症	2	1	0	0	1	4
国・重症	1	1	0	0	0	2

(2) 退所児童の入所年数（平成27年4月～平成28年3月の状況）

契約 男

措置 男

	0.5年未満	0.5～1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	計
全体	686	59	67	55	57	45	40	14	1023
知的	9	10	17	45	45	29	25	6	186
盲ろう	0	0	3	2	1	1	0	3	10
福・肢体	1	0	0	2	2	0	0	1	6
福・自閉	0	0	1	0	0	2	1	0	4
医・肢体	632	35	27	4	4	9	11	3	725
医・自閉	0	2	13	1	1	0	0	0	17
医・重症	44	11	4	1	3	4	3	0	70
国・重症	0	1	2	0	1	0	0	1	5

	0.5年未満	0.5～1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	計
全体	15	14	33	36	51	76	39	5	269
知的	5	8	26	30	46	66	26	3	210
盲ろう	0	1	0	1	1	3	3	2	11
福・肢体	0	2	0	1	1	1	1	0	6
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	8	1	3	3	1	2	6	0	24
医・自閉	0	2	3	0	0	0	0	0	5
医・重症	2	0	1	1	2	2	1	0	9
国・重症	0	0	0	0	0	2	2	0	4

契約 女

措置 女

	0.5年未満	0.5～1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	計
全体	599	47	24	25	26	34	19	10	784
知的	2	6	7	15	15	18	11	4	78
盲ろう	0	0	2	2	1	1	2	0	8
福・肢体	0	0	0	1	0	1	0	0	2
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	574	38	8	5	4	7	4	1	641
医・自閉	0	0	5	0	0	0	0	0	5
医・重症	22	3	2	2	5	6	1	5	46
国・重症	1	0	0	0	1	1	1	0	4

	0.5年未満	0.5～1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	計
全体	13	8	24	23	29	49	21	3	170
知的	6	5	18	17	26	38	18	0	128
盲ろう	0	2	1	1	0	2	2	0	8
福・肢体	1	0	0	1	0	3	0	1	6
福・自閉	0	0	0	0	0	1	0	0	1
医・肢体	4	1	1	1	1	4	1	2	15
医・自閉	1	0	3	1	0	0	0	0	5
医・重症	1	0	1	2	1	0	0	0	5
国・重症	0	0	0	0	1	1	0	0	2

(2) 契約児童で利用料等滞納のまま退所した児童数（平成27年4月～平成28年3月の状況）

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
人数	73	16	3	0	0	49	0	5	0

利用料滞納による未収金の発生は、施設の経営を悪化させる。

知的障害児施設では契約入所から退所した児童 259 名のうち 16 名（6.2%）、盲ろう施設では契約入所から退所した児童 18 名のうち 3 名（16.7%）、医療型肢体不自由児施設では契約入所から退所した児童 1387 名のうち 49 名（3.5%）、医療型重症心身障害児施設では契約入所から退所した児童 116 名のうち 5 名（4.3%）が、利用料を滞納している。

(4) 退所した児童のフォローアップ（進路先への引継ぎ訪問、家庭訪問等を含む）

（平成27年4月～平成28年3月の状況）

192 名に対して行われ、回数は平均 2.7 回であった。

(5) 退所先の内訳（平成27年4月～平成28年3月の状況）

契約による入所の児童の退所先

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
保護者のもとへ復帰	1562	102	6	4	0	1395	20	35	0
	84.2%	37.9%	31.6%	66.7%	0.0%	95.4%	90.9%	54.7%	0.0%
里親委託	2	0	0	0	0	2	0	0	0
	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
親類等の家庭への引き取り	3	3	0	0	0	0	0	0	0
	0.2%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自立・就職など	21	12	3	0	0	4	0	2	0
	1.1%	4.5%	15.8%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	3.1%	0.0%
施設入所支援（成人入所支援）への移行	104	80	5	1	3	13	0	2	0
	5.6%	29.7%	26.3%	16.7%	75.0%	0.9%	0.0%	3.1%	0.0%
療養介護を主とする他施設への移行	14	0	0	0	0	12	0	1	1
	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	1.6%	10.0%
共同生活援助（グループホーム）への移行	49	44	3	1	0	1	0	0	0
	2.6%	16.4%	15.8%	16.7%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
他の医療型障害児入所施設	21	6	0	0	0	7	0	5	3
	1.1%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	7.8%	30.0%
他の福祉型障害児入所施設	14	8	0	0	0	3	2	1	0
	0.8%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	9.1%	1.6%	0.0%
上記以外の児童福祉施設に入所	4	4	0	0	0	0	0	0	0
	0.2%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
入院（他の医療機関に入院を含む）	28	4	0	0	0	20	0	3	1
	1.5%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	4.7%	10.0%
死亡	18	1	0	0	0	3	0	9	5
	1.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	14.1%	50.0%
その他	16	5	2	0	1	2	0	6	0
	0.9%	1.9%	10.5%	0.0%	25.0%	0.1%	0.0%	9.4%	0.0%
合計	1856	269	19	6	4	1462	22	64	10

措置による入所の児童の退所先

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
保護者のもとへ復帰	129 29.3%	95 28.4%	8 44.4%	2 15.4%	0 0.0%	15 33.3%	4 40.0%	5 38.5%	0 0.0%
里親委託	4 0.9%	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.4%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%
親類等の家庭への引き取り	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%
自立・就職など	14 3.2%	11 3.3%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	2 4.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
施設入所支援(成人入所支援)への移行	99 22.4%	88 26.3%	3 16.7%	2 15.4%	1 100.0%	4 8.9%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%
療養介護を主とする他施設への移行	6 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	4 8.9%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%
共同生活援助(グループホーム)への移行	112 25.4%	104 31.0%	3 16.7%	3 23.1%	0 0.0%	2 4.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
他の医療型障害児入所施設	18 4.1%	5 1.5%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	4 8.9%	0 0.0%	2 15.4%	6 100.0%
他の福祉型障害児入所施設	21 4.8%	9 2.7%	1 5.6%	1 7.7%	0 0.0%	8 17.8%	2 20.0%	0 0.0%	0 0.0%
上記以外の児童福祉施設に入所	8 1.8%	3 0.9%	1 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.4%	2 20.0%	0 0.0%	0 0.0%
入院(他の医療機関に入院を含む)	4 0.9%	3 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
死亡	2 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 15.4%	0 0.0%
その他	23 5.2%	16 4.8%	2 11.1%	2 15.4%	0 0.0%	1 2.2%	1 10.0%	1 7.7%	0 0.0%
合計	441	335	18	13	1	45	10	13	6

4. みなし該当施設の年齢別入所者数(平成28年6月1日現在)

(施設入所支援、療養介護の入所者)

契約 男

	18～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70歳 以上	合計
全体	125	644	673	633	476	265	36	2852
知的	66	253	174	85	25	10	0	613
盲ろう	2	0	0	0	0	0	0	2
福・肢体	0	10	6	0	0	0	0	16
福・自閉	0	0	1	0	0	0	0	1
医・肢体	4	7	5	1	0	0	0	17
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	34	326	419	436	355	224	30	1824
国・重症	19	48	68	111	96	31	6	379

措置 男

	18～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70歳 以上	合計
全体	25	10	1	1	0	0	0	37
知的	14	6	0	0	0	0	0	20
盲ろう	0	0	0	0	0	0	0	0
福・肢体	0	1	0	0	0	0	0	1
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	7	0	0	0	0	0	0	7
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	3	2	1	1	0	0	0	7
国・重症	1	1	0	0	0	0	0	2

契約 女

	18～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70歳 以上	合計
全体	81	381	442	503	468	256	55	2186
知的	34	69	41	23	16	9	3	195
盲ろう	0	5	0	0	0	0	0	5
福・肢体	3	6	7	2	0	0	0	18
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	2	13	9	0	0	0	0	24
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	36	253	339	352	344	191	45	1560
国・重症	6	35	46	126	108	56	7	384

措置 女

	18～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70歳 以上	合計
全体	15	7	0	1	0	0	0	23
知的	8	5	0	0	0	0	0	13
盲ろう	0	0	0	0	0	0	0	0
福・肢体	0	1	0	0	0	0	0	1
福・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0
医・肢体	7	0	0	0	0	0	0	7
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	0	1	0	1	0	0	0	2
国・重症	0	0	0	0	0	0	0	0



## 5. 施設の状況、支援内容等

### 1) 施設における直接支援職員の配置状況

入所児者の数と、児童の直接支援にかかわる職員の配置数との関係について、より正確に実態を把握するために、平成 29 年度研究において、あらためて調査を行った。

各施設での、平成 29 年 6 月 1 日現在での、入所児者の数、および、児童支援に直接かかわる職員の内訳の実数の記載を求める調査票を、全施設に送付した。非常勤職員については勤務実態に合わせて実数換算した数を、および、常勤だが児童の直接支援業務以外にも兼務している職員については児童直接支援にかかわる部分を実数換算した数を、実数として記載するよう求めた。

回答から、児童数と職員実数の比率を算定し、施設種別毎に集計した。

データに疑義があり、その疑義につき確認できなかった施設は集計から除外した。

児童と「者」(18 歳以上の入所者)がいる施設で、「者」の方が過半数以上を占めている施設は、本研究の主旨から外れるので集計から除外した。

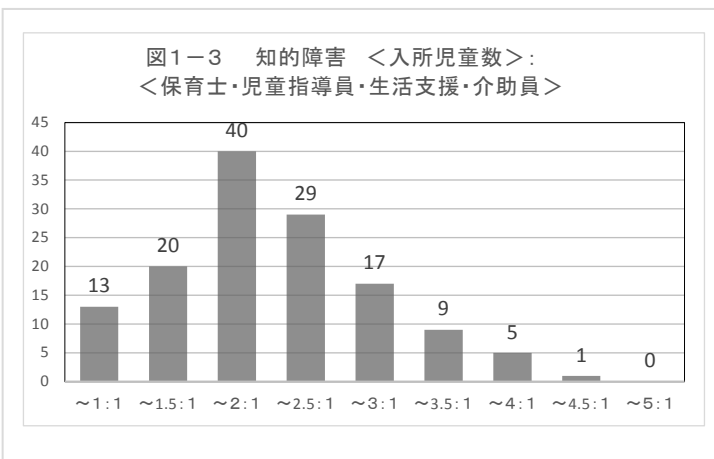
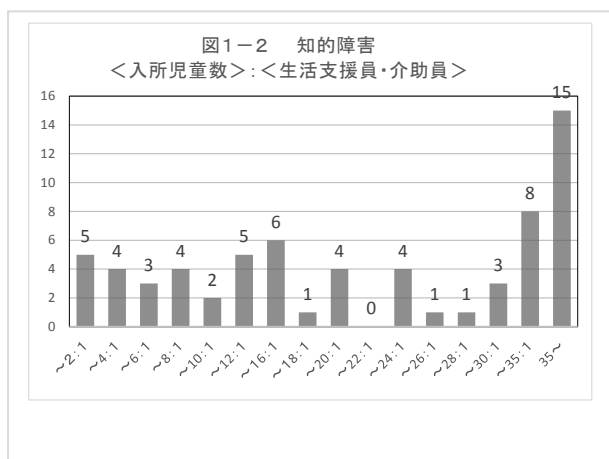
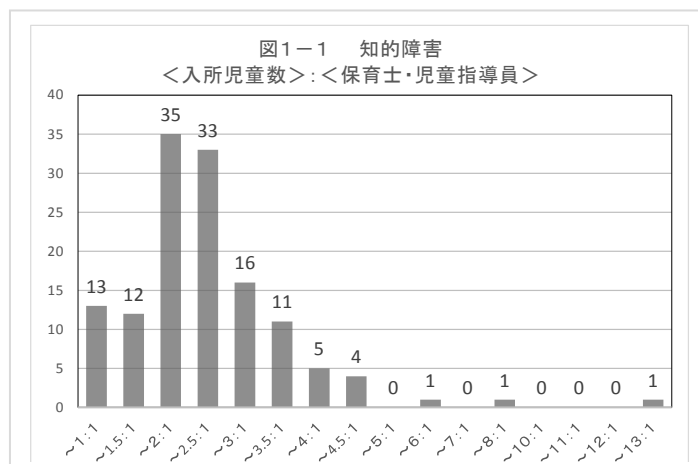
#### (1) 「主として知的障害児を入所させる」施設

知的障害児入所児童数(一部、「者」も含む)と、保育士・児童指導員の配置実数との、比率は、図 1-1 の通りである。

保育士・児童指導員の職員配置では、1.6 対 1～2 対 1 が一番多く、次に 2.1 対 1～2.5 対 1 が多かった。

生活支援員、介助員、助手が配置されている施設もあり、その配置状況は、図 2 の通りである。者も一緒に入所している施設ほど、生活支援員、介助員、助手の配置がなされている傾向がある。

児童数と、保育士・児童指導員、生活支援員・介助員・助手の総実数との比率を、図 1-3 に示す。



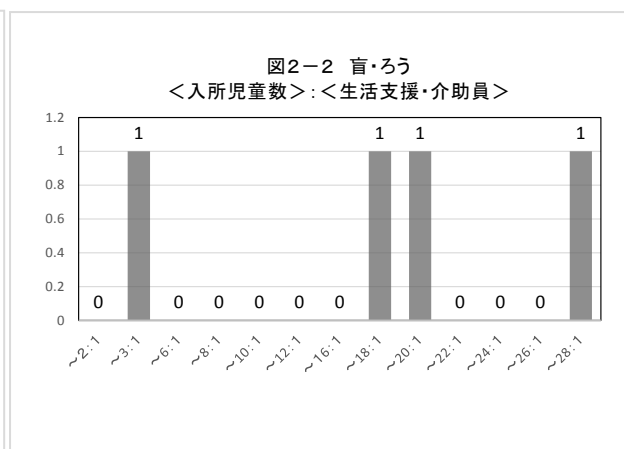
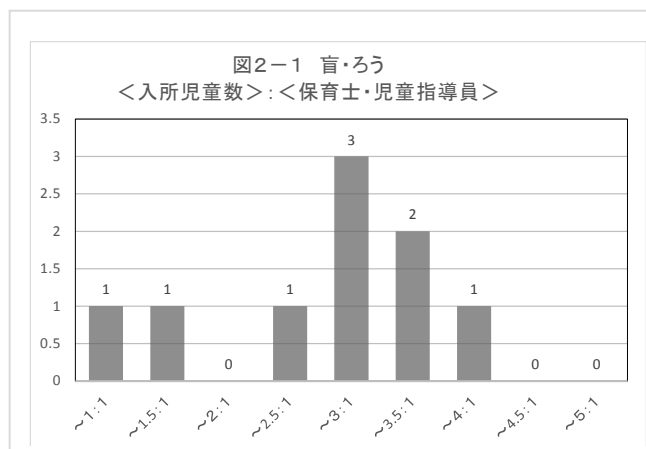
この集計グラフには反映されていないが、児童発達支援管理責任者、看護師、職業指導員、心理担当職員が、児童の直接支援に携わっている施設もかなりあった。

主として知的障害児を入所させる施設における、入所児数に対する児童指導員及び保育士の数の配置人員基準は 4.3 対 1 で、障害児が 30 人以下の施設ではこれに 1 を加えた数が基準とされているが、実際はこの基準をかなり上回る数の配置がなされている施設が多いという実態が把握された。

## (2)「主として盲児又はろう児を入所させる」施設

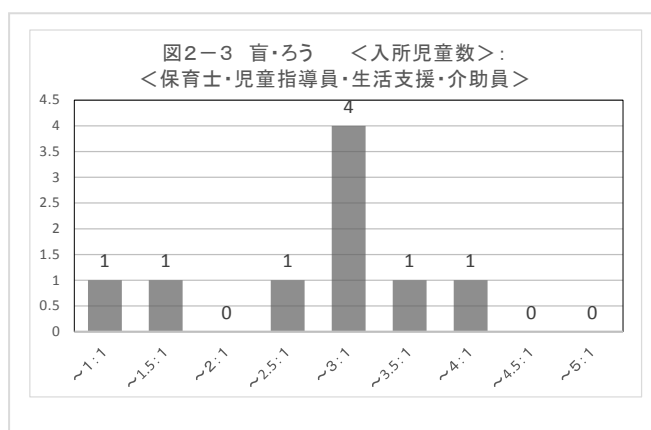
この種別の施設における、職員実数配置状況は図 2-1、図 2-2、図 2-3 の通りである。

保育士・児童指導員の職員配置は、1.5 対 1 以下が 2 施設、1.4 対 1 が 1 施設、2.6 対 1～2.8 対 1 が 3 施設、3.4 対 1～3.5 対 1 が 2 施設で、3.6 対 1 が 1 施設であった。



この集計には反映されていないが、児童発達支援管理責任者、看護師、心理指導担当職員が、児童の直接支援に携わっている施設もあった。保育士・児童指導員と生活支援・介助員を合計すると、2.2 対 1～2.8 対 1 配置が 5 施設、3.1 対～3.6 対 1 配置が 2 施設である。

この種別に施設での、入所児数に対する児童指導員と保育士の配置数は、乳幼児につき 4 対 1、少年は 5 対 1、障害児が 35 人以下の施設ではこれに 1 を加えた数が基準とされているが、この基準を上回る数の配置がなされている施設が多い。



## (3)「主として肢体不自由児を入所させる」福祉型施設

この種別の施設における職員実数配置状況は、図 3-1、図 3-2、図 3-3 の通りである。

保育士・児童指導員の職員配置は、1.8 対 1～2 対 1 が 3 施設、2.3 対 1 が 1 施設、2.7～2.8 対 1 が 2 施設であった。

保育士・児童指導員と生活支援・介助員を合計すると、1.3 対 1～1.9 対 1 が 3 施設、2.3 対 1～2.9 対 1 が 3 施設であった。

この集計には反映されていないが、児童発達支援管理責任者、看護師、心理指導担当職員が、児童の直接支援に携わっている施設もあった。

また、リハビリテーションのための理学療法士を常勤で雇用している施設もある。

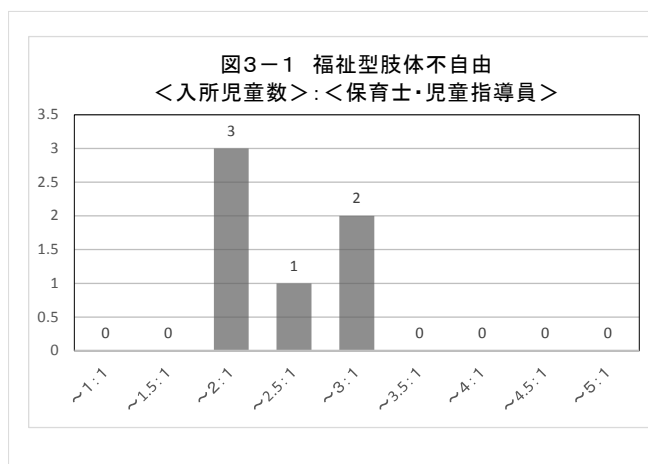


図3-2 福祉型肢体不自由  
＜入所児童数＞：＜生活支援員・介助員＞

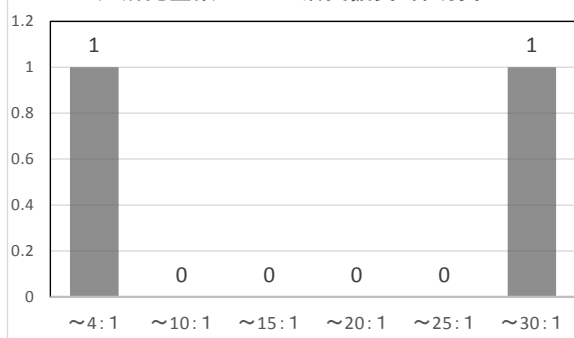
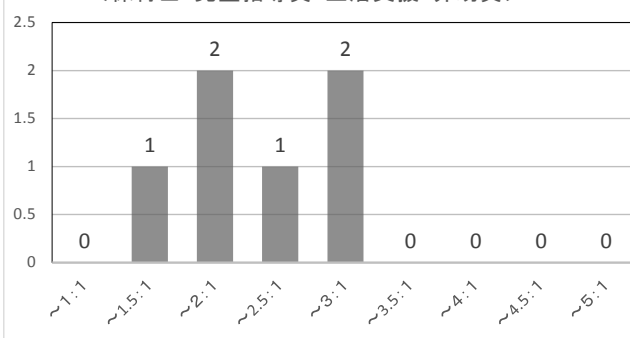


図3-3 福祉型肢体不自由 ＜入所児童数＞：  
＜保育士・児童指導員・生活支援・介助員＞



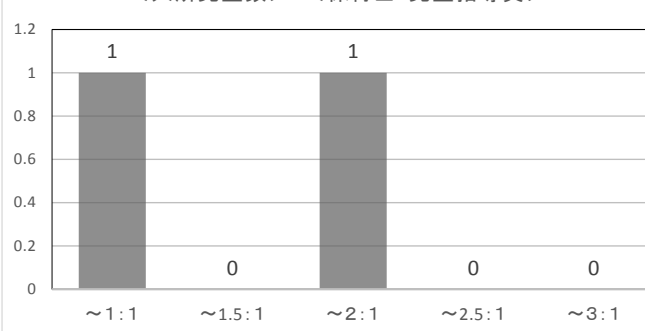
主として肢体不自由児を入所させる福祉型施設での、入所児数に対する児童指導員及び保育士の数の配置人員基準は3.5対1であるが、この基準をかなり上回る配置がなされている施設が多い。

#### （４）「主として自閉症児を入所させる」

##### 福祉型施設

この種別の施設での、保育士・児童指導員の職員実数配置は、0.8対1が1施設、1.6対1が1施設であった。うち1施設（入所児35名＋者1名）では、この他に介助員0.3名が配置されていた。

図4-1 福祉型肢体不自由  
＜入所児童数＞：＜保育士・児童指導員＞



#### （５）「主として肢体不自由児を入所させる」医療型施設

この種別の職員配置状況を図5の1～5に示す。

医療型施設では、看護師も直接支援を担っているので、児童数と看護師配置数の比率の集計も入れ、看護師数も含めた直接支援にかかわる職員数についての集計も示した（図5-5）

図5-1 医療型肢体不自由  
＜入所児童数＞：＜保育士・児童指導員＞

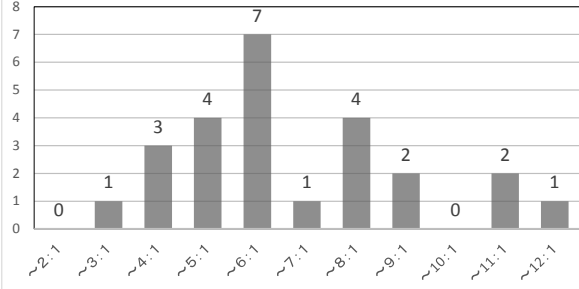
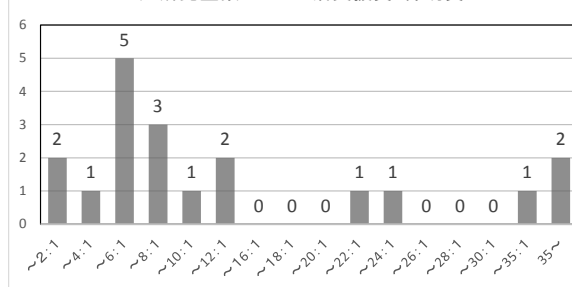
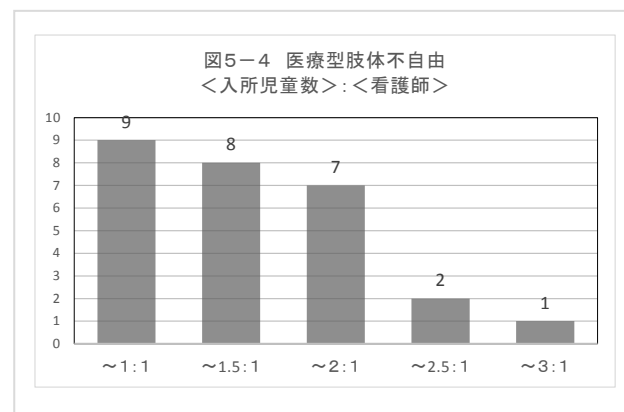
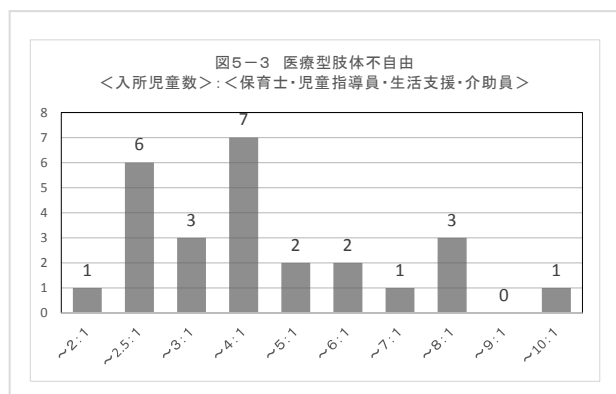


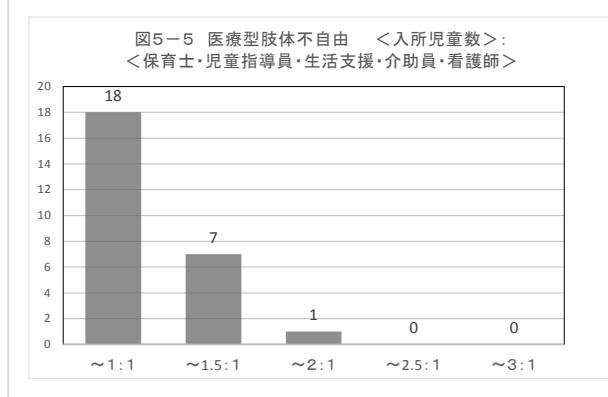
図5-2 医療型肢体不自由  
＜入所児童数＞：＜生活支援員・介助員＞





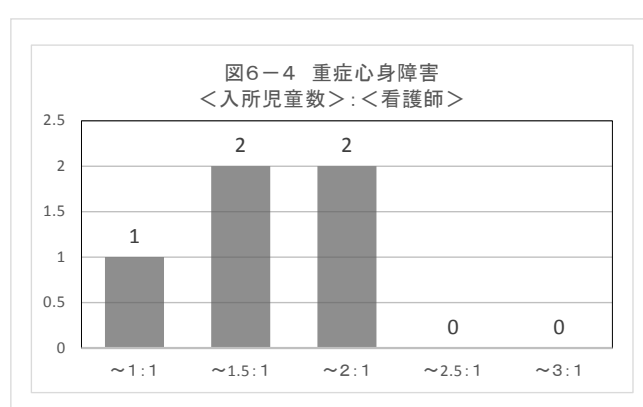
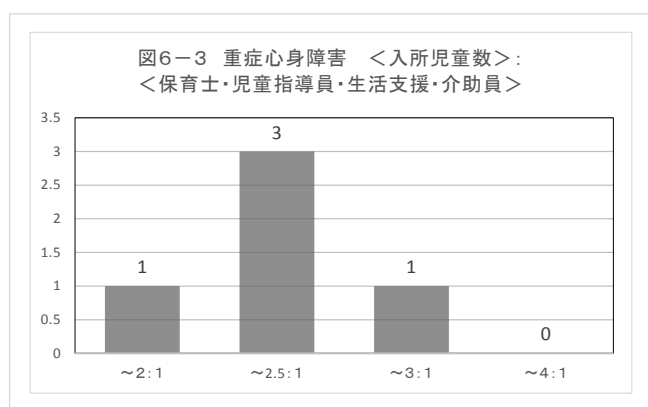
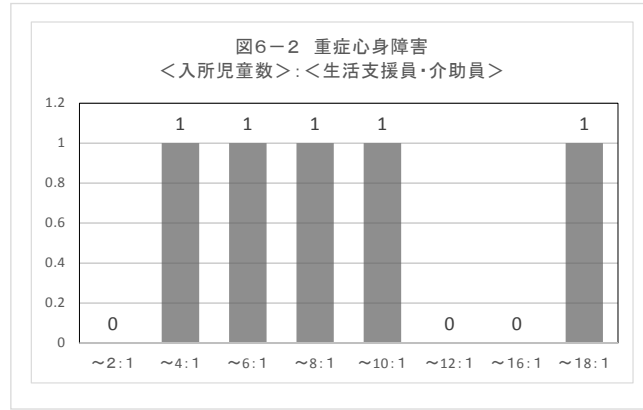
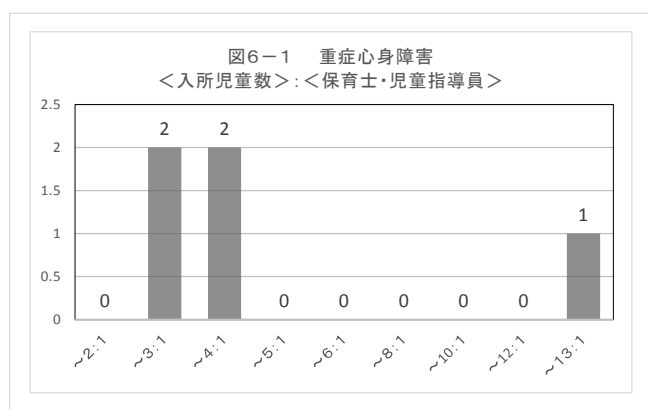
主として肢体不自由児を入所させる医療型施設での、入所児数に対する児童指導員及び保育士の数の配置人員基準は、乳幼児では10対1、少年は20対1であるが、実際は、ほとんどの施設で、この基準をはるかに上回る児童指導員、保育士の配置がなされている。

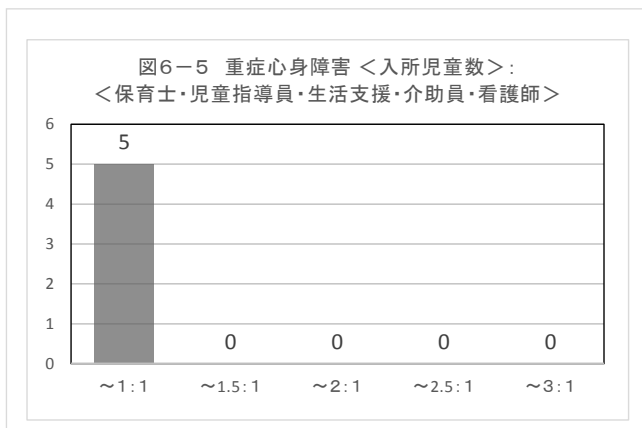
また、入所児数と、看護師・保育士・児童指導員、生活支援員・介助員・助手の直接支援職員総実数の配置比率は、1対1以下の施設が多数である。



## （6）「主として重症心身障害児を入所させる」医療型施設

89施設から回答があったが、ほとんどは、併設する療養介護施設に入所の18歳以上の重症心身障害者の入所数が「児」の数を越えている施設であったため、18歳の以上の「者」の割合が5割以下である5施設についてのみ集計を行った。職員実数配置状況は、図1~5の通りであった。





## (7) その他の種別の施設

主として自閉症児を入所させる医療型入所施設については、1施設から回答があった。児童数と保育士・児童指導員の配置実数との比率は5.5対1、助手の配置は16対1、看護師配置は2.4対1で、これらの職員の合計での配置比率は1.65対1であった。

重症心身障害児者を入所させる国立病院機構の42病院から回答があったが、その全てにおいて18歳以上の「者」がはるかに多数であることから、集計から除外した。

## (8) 職員配置、業務状況についての、自由記載コメント

職員の配置、業務状況についての、自由記載欄に書かれていたコメントを以下に収録する。

- ・ユニットケアということで、職員配置の部分では、必ずユニットに1人は配置しなければならない、死角が多い為、ユニットケアは人員は多くないと支援が上手くいかない。
- ・年齢超過の方が11名のため（入所児童数40名中）、学齢児を学校に送り出した日中にも職員の配置が必要。食事支援や入浴介助等、朝、昼、夕の複数職員配置が必要。全員、役付きの勤務となるため、フリー職員はほとんど配置できない。年休はほとんど取れない。しかし、定員40名の児童数も不安定で、毎年、赤字です。職員増も望めません。マンツーマンの利用児が多く他害行為や器物損壊等も多く、職員の配置基準の見直しが必要と考えます。
- ・宿直勤務時、勤務で拘束される時間が26時間と長く、休憩時間があっても身体を休める時間ではなく、記録記入等の事務時間に当てていたり、夜間も不安定な児童の対応や幼児に添い寝している状況のため、睡眠が取れない。疲労感が強い。宿直勤務、遅番、早番勤務だけでなく、幼児や中卒児の日中活動を行う職員も確保する必要があり、慢性的にマンパワー不足の状態が続いている。
- ・朝、夕に、職員が必要のため、中抜け勤務（6:30~9:30、15:00~19:40）をすることで、体制を整えている。
- ・学校登校前と、学校下校後の時間帯に職員が必要となり、平日の日中は間接業務のみとなる
- ・夜間になると勤務者が減るため、トラブル対応があった場合、人が足りない。
- ・女性の多い職場であるため、夜間に男性職員が少ないときに思春期の男の子が暴れたり、パニックになった時などの対応が困難な場合がある。重度の男子利用者が多い場合、同性介助が基本としながらも、女性職員が入浴介助、排泄介助等を行う場合が日常的にある。
- ・2棟で各棟1名の正規職員が夜勤をする。新体系に移行するまで学寮宿直だったため、日中の人数を確保できたが、夜勤となって日中の人員が不足気味。
- ・児童施設は、定員が多くても少なくとも、必ず資格者（保育士）（児童指導員）が、毎日24時間ずっと配置されていなければならないため、当施設は定員10名に対して有資格者の職員を10名配置している。そうしなければ、夜勤者・準夜勤者・日勤者を交代勤務させながら勤務を組むことができないからである。（定員が10名と少ないこともあるだろうが）児童施設としての報酬は少なく、有資格者を毎日24時間配置できる人数を雇い、なおかつ、児童発達管理責任者、職業指導員、栄養士、調理員など配置しようとするれば、支援報酬費の単価を増やしてもらわなければ、この児童施設特有の職員配置は困難である。毎日24時間、常に“有資格者を”配置しなければならないというルールは、児童に対して、より手厚い支援を行うためなのだろうが、その配置を満たすためには、報酬（収入）がもっと必要である。（特に、定員が少な

い施設では。）

- ・人員不足。夜間体制の際に、何か起きた場合、宿直の職員だけでは児童の安全確保は困難
- ・就学前の子の入所は、幼稚園の送迎に職員の配置が困難。一時保護を受ける時に、日中の支援すごしが無い。→通常通っている学校に送迎の手立てがあれば、問題なくなる。ドーナツ勤務を基本に配置しているので、日中を見る職員が居ない
- ・日中の直接支援のみで手いっぱい、会議、研修等が入ると職員のやりくりが大変。夜間の人数が少なく、非常時の対応が困難。地震時は、応援職員が来るまで身動きが取れなかった。
- ・夜間：救急搬送が必要な病気・怪我があると、深夜・早朝に職員を召集しないといけない。事件についても同様。

## 2) 日中活動の状況

(1) 日中活動先別の児童数（平成 28 年 6 月中の実人数）

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
施設内活動（日中施設内にいる）児童	541	187	7	18	0	183	0	120	25
児童発達支援事業・センター	2	0	0	0	0	0	0	2	0
幼稚園	27	21	0	2	0	4	0	0	0
訪問教育	345	4	0	0	10	14	0	239	77
施設内分校・分教室	367	78	0	0	0	107	27	119	36
特別支援学校	1235	930	70	66	0	90	0	77	2
うち幼稚部	68	25	10	1	0	20	0	10	2
うち小学部	965	535	37	27	3	253	0	95	11
うち中学部	997	655	37	24	7	183	0	80	11
うち高等部	1539	1147	46	29	12	183	0	91	29
地域の学校の特別支援学級	217	186	15	16	0	0	0	0	0
うち小学校	224	197	7	13	7	0	0	0	0
うち中学校	146	136	6	3	0	0	0	1	0
地域の学校の通常学級＋通級	3	3	0	0	0	0	0	0	0
うち小学校	12	12	0	0	0	0	0	0	0
うち中学校	8	8	0	0	0	0	0	0	0
地域の学校の通常学級	14	8	6	0	0	0	0	0	0
うち小学校	8	7	1	0	0	0	0	0	0
うち中学校	4	3	1	0	0	0	0	0	0
うち高等学校	17	11	4	2	0	0	0	0	0
その他の機関	68	61	0	0	0	6	0	1	0

日中活動の多くは、施設内や特別支援学校（訪問教育、施設内分校・分教室を含む）で実施されていた。知的、盲ろう、福祉型肢体不自由児では、地域の学校（特別支援学級、通常学級を含む）における日中活動も実施されていた。これに対して医療型障害児施設においては重症心身障害児施設における 1 名を除き、地域の学校に通学している児はいなかった。

(2) 上記以外の、施設としての、日中活動・保育療育活動（グループ活動、ソーシャルスキルトレーニングなど）の実施状況

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
実施施設数	130	44	1	4	0	22	1	45	13

実施の内容として、下記が記載されている。

<設定>

保育療育活動として個別、グループでの活動を実施。支援プランに基づく個別療育。

個別支援計画に沿って主に保育士が実施。児童発達支援センターとの合同保育、個別保育。

幼児班活動、一名の未就学児には保育療育を実施。未就学児には、保育を実施している。

未就学児対象の保育。未就学児療育。幼児療育活動。

集団療育（１０：００～１０：４５月～金）（１４：４５～１５：３０木）個別療育。  
 朝の会、日中活動プログラム（体を動かすゲーム等のグループ活動）  
 グループワーク、季節ごとのイベント等。保育グループ活動、個別活動。保育療育活動（グループ活動）。  
 療育活動（全体、グループ、個別）。  
 寮内療育活動。  
 特別支援学校以外の時間での個別療育・個別対応。病院行事、院外療育等の活動。  
 療育専門スタッフによる保育療育活動、及びリハビリ専門スタッフによるリハビリテーション。  
 病棟行事、四季行事。  
 法人内作業班。成人日中活動（措置延長者）。

<内容>

PT・OT・ST等のリハビリ

感覚遊び、音楽、音楽取り組み、アロママッサージ、カラオケ、調理実習、  
 ミュージックセラピー、音楽活動（グループ、ピアノライブ、バンド、わらべうた、カラオケ）  
 ゲーム、創作活動、季節行事、  
 マンツーマン対応での好む活動、居室単位での自由遊び  
 視聴覚・感覚活動（映画、読みきかせ、紙しばい、リフレクソロジー、スヌーズレン）  
 和太鼓 絵本読み聞かせ、スヌーズレン、タッピングタッチ、アロマタッチ  
 手芸、陶芸、ひょうたん作り、茶道、華道、ゲーム等）

心理絵画療法、園芸療法

性教育指導、

茶話会

スポーツ、ボッチャ、車椅子ダンス、バレエ、野球、夏期プール、体力トレーニングなど  
 散歩、外出（小グループ・個別）、グループ外出、遠足、ドライブ、バスハイク  
 作業。軽作業、作業。製作活動、企業下請け。

洗たくトレーニング、買い物学習、クッキング実習など

SST（ソーシャルスキルトレーニング）

買い物支援、生活訓練。

交流保育、小学校でのふれあい交流会参加 中学生福祉体験でのゲーム等参加

体験通園(幼稚園)、認定こども園の園庭開放日に参加する

学卒生活活動、セカンドステップ、SST活動

高等部を卒業した児に対してのグループ活動

作業訓練等、職業訓練(工場作業)

### ３）リハビリテーション、医療

#### （１）リハビリテーション実施状況

①職種別実施単位数（月平均）（医療型障害児入所施設のみ）（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の実績）

施設全体の実施単位数に対する入所児への実施単位数の占める割合は、以下の表の如くであった。

		入所						施設全体		
		PT		OT		ST		PT	OT	ST
医・肢体	平均値	2251.5	36.8%	1068.1	24.6%	578.8	22.4%	6115.2	4339.3	2589.4
重心	平均値	940.5	23.6%	740.9	24.0%	492.1	23.3%	3983.4	3084.1	2107.9
国療重心	平均値	217.3	18.1%	35.6	8.5%	3.7	1.4%	1197.8	418.8	271.7

医療型肢体不自由児施設においては施設全体の実施単位数に対する入所児への PT 実施単位数の占める割合が 36.8%と高率であった。

②病棟スタッフによるリハビリテーション的アプローチ実施状況とその頻度（月平均）

（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の実績）

施設内にてリハスタッフ以外の職員による歩行訓練や日常生活動作訓練等のリハビリテーション的アプローチの実施状況を調査した。

		起立訓練	歩行訓練	ADL訓練	その他
全体	平均値	6.0	6.9	8.7	2.0
	SD	10.8	12.3	15.3	3.4
	最小値	0	0	0	0
	最大値	1184	1435	1328	148
知的	平均値	0.0	0.0	0.2	0.2
	SD	0.0	0.1	0.3	0.3
	最小値	0	0	0	0
	最大値	1	1	19	20
盲ろう	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
	SD	0.0	0.0	0.0	0.0
	最小値	0	0	0	0
	最大値	0	0	0	0
福・肢体	平均値	0.8	3.2	11.2	1.8
	SD	1.4	4.6	14.9	3.1
	最小値	0	0	0	0
	最大値	5	17	49	11
福・自閉	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
	SD	0.0	0.0	0.0	0.0
	最小値	0	0	0	0
	最大値	0	0	0	0
医・肢体	平均値	48.3	55.9	58.1	7.0
	SD	77.4	93.1	91.1	10.5
	最小値	0	0	0	0
	最大値	1184	1435	1328	148
重心	平均値	2.1	1.8	7.1	3.8
	SD	2.9	2.1	10.8	4.6
	最小値	0	0	0	0
	最大値	30	30	210	33
国療重心	平均値	0.3	0.5	0.5	2.7
	SD	0.5	0.8	0.8	4.2
	最小値	0	0	0	0
	最大値	3	6	5	20

福祉型肢体不自由児施設、医療型肢体不自由児施設、医療型重症心身障害児施設、国立病院機構において施設内リハビリテーションのアプローチが実施されていた。

## （２）手術実施状況（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の実績）

医療型障害児入所施設を対象に手術の実施状況を調査した。

医療型肢体不自由児施設では回答のあった 31 施設中 8 施設で手術が実施されていた。医療型重症心身障害児施設では、66 施設中 2 施設、国立病院機構では 22 施設中 3 施設で手術が実施されていた。

	手術実施あり	麻酔医あり	（うち常勤）	種別施設数
医・肢体	8	8	2	31
医・重症	2	2	0	66
国・重症	3	3	1	21

		年間実施件数			年間実施件数
全体	平均値	2.9	医・重症	平均値	0.2
	SD	5.4		SD	0.3
	最小値	0		最小値	0
	最大値	181		最大値	7
医・肢体	平均値	25.2	国・重症	平均値	0.3
	SD	25.7		SD	0.4
	最小値	0		最小値	0
	最大値	181		最大値	2

一施設における手術件数は、最大で年間 181 件であった。

麻酔医の勤務状況については、麻酔医は 13 施設で勤務しており、常勤が 3 施設、非常勤が 10 施設であった。麻酔科医師が常勤している施設の内訳は、公立公営 1、公立民営 1、国立病院機構 1 であった。



### (3) 合併症発生状況（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況）

各施設種別毎に骨折・外傷の発生状況を調査した。

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	計
骨折発生率	47 1.4%	0 0.0%	2 1.4%	0 0.0%	10 1.0%	0 0.0%	14 1.5%	2 0.9%	75 1.3%
外傷発生率	951 28.4%	9 4.8%	47 32.4%	0 0.0%	44 4.5%	0 0.0%	8 0.9%	3 1.4%	1062 18.1%
全入所児数	3354	187	145	39	979	27	929	213	5873

全入所児に対する骨折発生頻度は 1.3%、外傷発生頻度は 18.1%であった。

知的障害児施設では、骨折発生頻度・外傷発生頻度ともに高頻度であった。

主として肢体不自由児を入所させる福祉型障害児入所施設では骨折発生頻度・外傷発生頻度ともに最も頻度が高かった。

主として重症心身障害児を入所させる医療型障害児入所施設では、外傷発生頻度に比較して骨折発生頻度が高く、入所児の骨脆弱性が背景にあるものと考えられた。

### (4) 施設内感染症（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の発生状況）

各施設種別毎にインフルエンザ、感染性胃腸炎をはじめとする感染症の発生状況を調査した。

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
インフルエンザ年間	590 10.0%	412 12.3%	37 19.8%	3 2.1%	0 0.0%	93 9.5%	2 7.4%	37 4.0%	6 2.8%
インフルエンザのべ	933 15.9%	604 18.0%	50 26.7%	12 8.3%	0 0.0%	218 22.3%	10 37.0%	35 3.8%	4 1.9%
1 件あたり感染者数	1.6	1.5	1.4	4.0	-	2.3	5.0	0.9	0.7
感染性胃腸炎年間	304 5.2%	210 6.3%	21 11.2%	8 5.5%	0 0.0%	32 3.3%	0 0.0%	32 3.4%	1 0.5%
感染性胃腸炎のべ	503 8.6%	307 9.2%	23 12.3%	30 20.7%	0 0.0%	113 11.5%	0 0.0%	29 3.1%	1 0.5%
1 件あたり感染者数	1.7	1.5	1.1	3.8	-	3.5	-	0.9	1.0
感染その他	730 12.4%	467 13.9%	0 0.0%	40 27.6%	0 0.0%	98 10.0%	10 37.0%	104 11.2%	11 5.2%
全入所児数	5873	3354	187	145	39	979	27	929	213

全入所児に対するインフルエンザ発生頻度は件数ベースで 10.0%、延べ人数で 15.9%であった。感染件数 1 件当たりの感染者数は 1.6 人であった。

全入所児に対する感染性胃腸炎発生頻度は件数ベースで 5.2%、延べ人数で 8.69%であった。感染件数 1 件当たりの感染者数は 1.7 人であった。

#### ・インフルエンザ発生状況について

全入所児に対するインフルエンザは盲ろう施設が最も高く、次いで主として肢体不自由児を入所させる医療型障害児施設が高かった。1 件当たりの感染者数は、医療型自閉症児施設と主として肢体不自由児を入所させる福祉型障害児入所施設が多かった。

#### ・感染性胃腸炎発生状況について

全入所児に対する感染性胃腸炎発生率は主として肢体不自由児を入所させる福祉型障害児入所施設において最も高率であった。

集団生活を送っている障害児入所施設では、感染症発症者と未発症者のゾーニングが困難であることが原因として考えられた。

### (5) 感染防御体制（平成 28 年 6 月 1 日現在）

感染対策チームまたは感染対策委員会の設置は、全体の 66.5%であった。(0%から 100%)

感染対策マニュアルは全体の 82.7%で整備されていた。(50%から 100%)

	感染対策チームまたは 委員会の設置		感染対策マニユア ルの整備		施設数
全体	181	66.5%	225	82.7%	272
知的	64	47.4%	103	76.3%	135
盲ろう	0	0.0%	5	50.0%	10
福・肢体	5	83.3%	5	83.3%	6
福・自閉	1	50.0%	1	50.0%	2
医・肢体	31	100.0%	31	100.0%	31
医・自閉	1	100.0%	1	100.0%	1
重心	62	93.9%	62	93.9%	66
国・重心	16	76.2%	16	76.2%	21

## (6) 他施設への入院・通院の状況

### ①平成 27 年度の入院（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況）

入所児に対する医療的処置を要した場合の他施設への入院加療状況について調査した。

	入院ありの施設数	人数	延べ入院日数	うち付添日数	様付き添い率
全体	118	559	13558	858	6.3%
知的	60	157	7722	322	4.2%
盲ろう	2	2	27	20	74.1%
福・肢体	3	25	514	198	38.5%
福・自閉	0	0	0	0	
医・肢体	15	188	1272	242	19.0%
医・自閉	0	0	0	0	
重心	35	179	3618	65	1.8%
国・重心	3	8	405	11	2.7%

全体で 118 施設 559 名延べ 13558 日の入院を要した。付き添いを要したのは 858 日であった。

延べ入院日数に占める付き添いを要した日数の割合は、盲ろう、福祉肢体、医療肢体の順に高かった。

他施設への入院加療時に付き添いを要する場合、家族の協力を得ることができなければ、施設職員が付き添わざるを得ず、現場の人員不足を悪化させる結果となることが危惧される。

### ②平成 27 年度の通院（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況）

入所児の他施設（医療機関）への通院加療状況について調査した。

精神科・脳神経外科、小児科・内科、外科・整形外科、歯科への受診状況を調査した。

		全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
1. 精神科・脳 神経外科	人数	1599	1487	25	19	3	26	0	39	0
	回数	13471	13075	145	83	37	52	0	79	0
2. 小児科・内 科	人数	3374	2677	163	265	30	134	0	103	2
	回数	18085	15405	736	945	96	290	0	609	4
3. 外科・整形 外科	人数	824	582	31	92	6	34	0	79	0
	回数	2776	2122	97	203	19	105	0	230	0
4. 歯科	人数	1720	1478	87	85	4	22	0	40	4
	回数	6346	5846	209	135	6	48	0	90	12
合計受診児のべ人数		7517	6224	306	461	43	216	0	261	6
延べ受診回数		40678	36448	1187	1366	158	495	0	1008	16
受診児一人当たり受診回数		5.4	5.9	3.9	3.0	3.7	2.3	-	3.9	2.7
入所児一人当たりのべ受診 人数		1.3	1.9	1.6	3.2	1.1	0.2		0.3	0.0
入所児一人当たりのべ受診 回数		6.9	10.9	6.3	9.4	4.1	0.5	0.0	1.1	0.1
(参考：入所児合計)		5873	3354	187	145	39	979	27	929	213

全体でのべ 7517 人 40678 回の他施設通院加療が行われた。受診児 1 名につき平均 5.4 回の通院をしており、特に福祉型入所施設で受診回数が多い傾向があった。

知的障害児入所施設と福祉型肢体不自由児施設では、入所児 1 名当たりの受診回数が特に多く、複数科に頻回の受診を要していることが示唆された。

#### (7) 健康保険の資格停止・無保険（契約児）（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況）

入所児の健康保険資格状況を調査した

全体で 25 施設（のべ 5734 名）に健康保険の資格停止・無保険となっている契約児が入所していた。平成 28 年 6 月 1 日現在では 104 名に上っていた。

医療型の肢体不自由児施設・重症心身障害児施設では、少数の児について、長期間に亘って健康保険の資格停止・無保険となっていることが伺えた。

	施設数	のべ人数	平成 28 年 6 月 1 日現在人数
全体	25	5734	104
知的	15	33	32
盲ろう	0	0	0
福・肢体	1	46	41
福・自閉	0	0	0
医・肢体	2	1097	5
医・自閉	0	0	0
医・重症	6	4558	26
国・重症	1	0	0

#### (8) 経済的負担で通院を見合わせた事例（平成 25 年 4 月 1 日～平成 28 年 5 月 31 日まで）

経済的負担のために通院を見合わせた事例の多くは、知的障害児施設において見られた。

	施設数	のべ人数	回数
全体	9	21	122
知的	8	20	122
盲ろう	0	0	0
福・肢体	0	0	0
福・自閉	0	0	0
医・肢体	1	1	0
医・自閉	0	0	0
医・重症	0	0	0
国・重症	0	0	0

#### (9) 医療費の支払いの滞納事例（平成 28 年 5 月 31 日現在）

入所児の医療費支払い状況を調査した

全体で 35 施設、合計 165 名で総額 18336223 円の滞納があった。特に医療型肢体不自由児施設と医療型重症心身障害児施設において、医療費の滞納が多かった。

医療費支払い状況

	施設数	人数	額面（円）
全体	35	165	18336233
知的	4	3	135570
盲ろう	0	0	0
福・肢体	0	0	0
福・自閉	0	0	0
医・肢体	15	110	11165084
医・自閉	1	5	56000

医・重症	12	39	5077450
国・重症	2	7	1726610

#### 4) 短期入所

(1) 短期入所の実施状況 (平成 28 年 6 月 1 日現在)

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
実施施設	233	119	7	5	1	28	0	58	15
併設事業所で実施	96	55	2	2	1	5	0	31	0
定員	634	304	11	4	3	29	0	283	0
空床利用型実施	140	65	5	2	2	25	0	25	16
定員	1497	555	33	130	24	258	0	464	33

(2) 利用実績 (平成 28 年 4～6 月の 3 か月間)

	全体	知的	盲ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
利用実人数	6094	1675	29	73	540	813	0	2654	310
利用延べ件数	15148	5775	97	235	180	2277	0	5822	762

(3) 上記 3 か月間の利用日数と件数 (延べ) の内訳

	1 泊	2 泊	3 泊	4～ 6 泊	7～ 13 泊	14～ 29 泊	30～ 59 泊	60 泊 ～	計
知的	2579	937	300	299	215	51	22	102	4505
盲ろう	82	9	5	1	0	0	0	0	97
福・肢体	45	80	22	9	1	1	0	0	158
福・自閉	82	63	11	14	8	2	0	0	180
医・肢体	577	414	188	160	31	2	41	0	1413
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	1412	1241	726	1047	384	62	16	19	4907
国・重症	129	138	135	152	36	5	1	1	597
全体	4906	2882	1387	1682	675	123	80	122	11857

(4) 1 回の利用に 30 泊以上される方の理由

	障害者支援 施設への入 所待機のため に利用	グループホ ームへの入 居待機のため に利用	その他福祉施 設等への入所 待機のため に利用	地域での自立 した生活をする ための事前 準備のため に利用	本人の健康状 態の維持管理 のために利用	家族の病気 等のために 利用	⑦その他
知的	11	10	3	9	7	28	59
盲ろう	0	0	0	0	0	0	0
福・肢体	0	0	0	0	0	0	0
福・自閉	0	0	0	0	0	0	153
医・肢体	0	0	0	0	0	0	0
医・自閉	0	0	0	0	0	0	0
医・重症	3	0	3	0	3	21	2
国・重症	0	0	0	0	1	1	0
全体	14	10	6	9	11	50	214

短期入所ニーズへの対応状況と短期入所受入れにあたっての課題・問題点ー自由記載欄記述

<課題>

- ・希望日の 3 ヶ月前からの受付を、受付順で応じている。必ずしも希望通りには行かない。
- ・兄弟姉妹等、学校行事は、他の希望者が重なる場合も多く、受けられない場合や、キャンセル待ちとなる。
- ・医療的ケアが必要な児の短期入所事業所が少なく、他の紹介をしにくい。
- ・医療的ケアの多い児、者の場合、病棟入院状況に応じて対応できる人数も変わるので、職員数配置、調整

が困難。また、安全管理上、空床であっても多く対応できない。

- ・医療的ケアはあるが、重症児ではないケースは、実際に病棟内の見守りや管理は、かなり大変であるのに利用単価が低い。
- ・地域方括ケアが進み、安心のために短期入所契約者が増えている。契約しても実際の利用が1年以上空いてしまうと、体調の変化の確認のために、外来診察を受けた後での再利用が必要になる。
- ・年令、男女の性別によって受け入れ居室や介助者の同姓介護等への配慮が必要になり、難しい。
- ・利用希望が多く、利用希望箇所が競合することもあり、利用者が希望する日程通りに取れない場合がある。（※希望日程で予約が取れない場合には、出来るだけ希望に沿うように日程を確保する、もしくは予約を受けられる別日程を提示する等して調整を行うよう努めている。）また、利用希望者が多く空きが少ない為に、新規利用希望者の体験入所を一ヶ月・二ヶ月単位で待ってもらうケースが発生している。左記の理由に併せて、「ニーズ対応①」の段階を踏んで貰う為、早期利用希望者への対応が難しい。
- ・医療的な支援が必要な場合、現場職員では対応できないケースが多い。
- ・当施設が指定する学校へは児童の送迎を行っているが、送迎体制の関係上、短期入所児童の遅刻・早退が伴う。
- ・保護者の仕事や病気時の対応や兄弟の行事時などが多い。
- ・他のサービスを受けてからの利用なのかがはっきりしないことがあり、請求時に困惑することがある。
- ・1 枠しかないため長期利用が難しい
- ・3 床では、地域のニーズに応えきれない。
- ・他施設とのネットワークが構築しにくい。
- ・受け入れ可能な病棟は、感染症による閉鎖が増えている。
- ・週末の希望が集中する
- ・超準重症児の受入れ施設が少なく近年短期希望者が増えている。又県外からの契約（希望）も増えている。
- ・移動支援は行っていないが、学校まで又は自宅までの送迎サービスを希望される方が多い。
- ・長期休暇期間中の利用希望が多く、調整に苦慮する。（ほぼ毎日）重度の方が多いため、個別での対応が必要となり、職員数の調整が必要となる。
- ・感染症発生による病棟閉鎖時の受入に関して。→他に受入可能な病院・施設が少ないこともあり、利用希望の方にお断りして在宅でお願いするしかない状況。
- ・受入時間に関して早朝、夜間受入希望があるが、対応職員がいいため、定時受入となる。
- ・短期入所利用ニーズの高まりにより、予約が殺倒し希望通りに予約をお取りする事ができない状況。また新規利用者は、体験→時間利用→宿泊という流れになるが、宿泊利用できるまでに時間がかかる（利用者日程、施設日程が合わなかったりするため予約が取れない。）
- ・基本的には、空床の範囲内であれば、お受け入れしているが、人工呼吸器の使用や酸素の吸入等、医療的ケアの多い超重症児については、ハード面の問題もあり、一度に、複数人受け入れる事が困難でお断りする場合もある。できる限り、利用する方には、複数の施設との契約、利用をお勧めしているが、超重症児程、受け入れ施設が限られたり、家族が登録手続き等を面倒に感じて行なわなかったりするので、当園がムリをして受け入れたりしているが、限界は感じています。
- ・居室対応—一人ひとり希望の居室がありまた女性が入れる部屋が少なく対応が難しい。個室が少ない。
- ・受け入れ時、衣服等の確認—連泊の場合施設のサービスとして洗濯を行っているが不明なものがあったり色落ちや記名のないものがあり、帰宅時チェックしているが合わないことが多い。特に、学校や放課後デイなど他のサービスと連続する場合。
- ・空床型で週末のみの受け入れ。
- ・現在6 ケースと契約している。前月に翌月分の利用希望日を聞きとり、受け付け時に第3 希望まで出していただくことで、概ね毎月1 回の利用ができるように調整している。
- ・生活棟は2 棟あるが1 棟については入所児童の状況で受け入れが困難なため1 棟のみで対応している。受け入れ対応している棟についても現状の入所児の週末帰省はほとんどなく短期入所児用の居室の確保が難しく、なんとかやりくりしている状況が続いている。

- ・入所児童の被虐待率が高くなり、入所児支援や緊急一時保護児童の受け入れ等で短期入所児童が安心安全に利用できる環境を整えることが難しくなっている。
- ・呼吸器利用者のため、職員の加配。
- ・児童より成人のニーズが高い。
- ・バリアフリーでないので単独歩行できないと受け入れができない。
- ・ケガをした場合の発生場所の特定（学校、日中活動の事業所、学園）
- ・週末の利用ニーズ（レスパイト）、宿泊練習、緊急時に備えての利用が多くなっている。
- ・課題、近隣に児童で短期入所を行っている施設が当施設しかなく、多くの人が望んだ利用が出来ていない。
- ・短期入所児童と入所児童との関係で、入所児童（自閉症）が短入児童の声等で興奮し、一緒に食事が摂れずにいたりする。
- ・短期入所児童が多いと、受け入れる部屋が足りずに、断わらざるを得ない時もある。
- ・中高校生の自閉症児童のニーズが圧倒的に多い。
- ・成人施設と比べ、直前のキャンセルが多い。
- ・インシュリン注射などの医療対応が困難。
- ・食物アレルギー対応が、難しい。
- ・定員が2名なので重複する際には変更可能日に調整を行っている
- ・緊急一時保護の児童もあり、1週間以上の希望が上ると事前に予約していた方とのかね合いもあり、受入が難しい場合がある。
- ・併設型ではなく、空床型であるため、空きがないとどんな理由があっても受け入れが難しい。保護者側からすると、使い勝手が悪いことが考えられる。希望があってもお断りしなくてはいけないことがしばしばある。
- ・受け入れ環境として、他の入所利用児と一緒にいるため、互いに影響されやすいことがある。
- ・利用ニーズの高まる長期休暇時は、各自治体子ども総合センター及び児童相談所からの一時保護委託依頼が激増する。施設の特性から、児童の保護を優先とする為、短期入所希望の日程調整を行っている。
- ・入所利用児は家庭機能としての受け皿がなく、愛情を求めている。短期入所児は、家庭から通って利用しており、同一のエリア内での利用児間における関係性について常に配慮が求められる。
- ・自治体内で短期入所事業を展開している組織に限られる。利用希望のニーズが一箇所に集中し、全ての希望に応える事が困難である。
- ・利用者世帯の都合を受け入れると休日、夜間の出入りが増え、支援する寮としては、対応が困難となり、GW等時間外前提で対応せざるをえなくなる。
- ・受け入れの際、利用者のボディチェックが、虐待を疑う思いを抱かせてしまうため、十分にできていない。
- ・私物の返却ミスをゼロにできない。
- ・①入所空床型なので、必要な時が重なりベッド数が不足する。
- ・②入所と短期の方のトラブル：ご家庭の事情、レスパイト目的での利用ニーズは高く、可能な範囲で受入れを行っている。しかし、行事と重なっている場合や利用希望が重複した場合は、受入れできない状況も生じている。
- ・週末利用のニーズが多く、希望に添えない場合がある
- ・対応できる医師の体制がとれない
- ・近くに医療型短期入所を実施している施設がない為、ニーズは多い。看護師、養育員の入職が少なく定着率も悪いため、職員体制が整わず、希望通り受け入れられない場合がある
- ・利用希望が土日に集中してしまうため調整が難しい
- ・医師、看護体制、により（受け入れ人数、受け入れ日数）の制限がある。施設内で感染が流行すると受け入れがストップする。緊急であっても受け入れは不可になる。
- ・医療ケアの重度な利用者の受け入れに限界を感じている。スタッフが安全に受け入れができず、ニーズに答えられない。
- ・医療型短期入所において、同一日に他の福祉サービス（日中活動等）と併用ができないこと。
- ・育児休業や欠員の補充ができず、マンパワー不足と入所児の重症化に伴い短期入所のニーズに充分応えき

れていない。特に医療ケアを必要とするケースについては、職員配置を増やし対応するので事前の調整が必要である。しかし、調整も他部署の応援を得るなど容易ではない。

- ・家族のレスパイト対応、ニーズとしては高いと思われる。希望者が多いものの、受け入れ対応に限界があり、全ての希望に対応できていない現状である。
  - ・基本的な受け入れ時間としては7：00～22：00としているが、家庭の都合により、それ以前、以後の受け入れについても、ほぼ対応している。定員をオーバーしない限り、いかなる理由でも受け入れをしている。課題としては、薬や荷物の管理体制が十分に整っていない事や（いつ服用する薬なのか、衣類等に名前が書かれていない）、事前連絡なしに来られたり、キャンセルする事も多く、利用者状況を把握できにくい。行事等の参加の段取りをしづらい。また職員にあずけることなく、自分で歩いて中に入って来る事もあり、いつ、誰と来たのか分からない事もある。
  - ・極力、保護者の方のレスパイトも含め受け入れ可能状態にしているが、実際には、ロングの短期入所利用者で定員の半分程度を占めているため、なかなか他の利用者の受け入れが難しい状態となっている。
  - ・空床を利用したサービスを行っている。利用件数は年を追うごとに減少傾向にある。そして1～2泊の利用が殆どである。今後も他の障がい児も含めた受入も行う必要がある。
  - ・空床型利用のため、受け入れ制限がある。
  - ・現在、空床がない為、受け入れていない。（重症児含め児童の短期入所は、併設の施設の受け入れている）支給量目一杯まで利用される方が多く、そもそもその支給（月15日など）が適切なのか、疑問である。
  - ・職員の支援体制上、依頼されて直ぐ受入れ出来る状況ではない。
  - ・人工呼吸器等の医療度が高い方の受け入れを他の施設は行っていないため、当院へのニーズが高い。だが、空床利用の形態のため、ニーズに充分に応えられていない。
  - ・前年度下半期（27年11月）～今年前上半期（28年7月）の間改修工事を行ったため短期入所の受入れをストップした。緊急性が高いケースで特例として1件（2泊3日）を受け入れた。8月から受入を再開したが、土日利用のニーズは高くほぼ土日は定員が埋まっている。新規に利用されるケースも、なかなか受入れてあげられない状況。都市部には短期入所事業所があるが郡部には少ない。
  - ・土、日に利用者が重なった時に、居室がない。重症心身障がい者（児）の、受け入れが難しい。母子寮等に入所中の児の利用が制度的に（短期入所）サービスを受ける事が出来なかったため、全実費負担となったケースがあり、費用がかさみ、分割で月々、支払ってもらっている。18才以下であれば一時保護での対応は可能であるが高校三年生で、18才になってしまったため、児相の保護の対象とならなかった。
  - ・当施設は、平成26年度に医療型施設から福祉型施設に転換したが、従来から医療的ケアが必要な方が、相当数短期入所を利用してきた。利用者には、医師が常時勤務しない福祉型に転換したという説明はしたものの、依然として医療的ケアを必要とする方々からの利用希望があり、むげに拒むこともできない。医療的ケアの依存度が比較的低い方であれば受け入れることとしているが、どこで線引きするかに苦慮している。
  - ・慢性的に病棟の看護師が不足している。
  - ・満床でなければ受け入れているが週末はほとんど満床である事が多いため、違う日に変更していただいている。
- 利用希望に対し受け入れ可能な人数が少なく希望通りの利用が難しい。常時満床に近い状況で緊急の受け入れ依頼に苦慮する。
- ・利用希望日が土、日に集中してしまう。入所児と共に生活する為、受け入れ人数や障害の程度により入所児の活動が制限されてしまう。

#### <対応方法>

- ・対応状況 申込のあった方は、極力利用できるようにしている。課題・問題点・上限泊数（4泊5日）を超えてのレスパイト利用ができないこと・感染症流行時、短期入所単独病棟がないため、利用をお断りしていること
- ・希望日等の調整を行い、9割以上は受入対応できている。
- ・急な家族の病気等には、時間外でもなるべく受けるようにしている。

- ①新規短期利用希望者には、短期入所利用までに「面接」「体験入所」と段階を踏んで利用して貰っている。  
また面接を行う際には施設見学を併せて実施している。実際に短期入所時に使用する生活の場を見て貰うことで、施設内に於ける生活がどのようなものか想定しやすくし、施設内への理解を深めて貰えるよう努めている。
- ②当施設で指定している対象の学校を利用している児童は学校送迎を行っている。
- ③当法人内にある別事業「多機能型事業所(放課後等デイサービス、就労支援 B 型)」と連携を取り、短期入所の利用を行っている。具体的には多機能型事業所利用後に当施設の短期入所を利用する、または短期入所利用後に多機能型事業所を経由して退所すると言った利用方法が出来る。

#### [まとめ]

障害児とその家族が在宅生活を送るに当たり、短期入所は重要な支援手段であり、医療型自閉症施設を除いて各施設種別を通して広く実施されているが、利用者の状況も含めた需要に必ずしも十分に答えられていない事例も報告されている。

## 5) 保護者等への支援

障害児入所施設の入所児童が対象。みなし該当施設(施設入所支援、療養介護)の入所者については除外。

### (1) 支援内容(平成27年4月～平成28年3月の状況)

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
家庭復帰のための入所児童の保護者等に対する相談援助	149	99	4	3	1	20	0	18	4
家庭復帰後の入所児童の保護者等に対する相談援助	47	31	0	1	0	5	0	9	1
里親への委託後における相談援助	5	3	0	0	0	1	0	1	0
その他	19	12	0	0	1	1	0	4	1

### (3) 支援実施対象者(保護者等)の人数(平成28年6月1日現在)

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
家庭復帰のための入所児童の保護者等に対する相談援助	1038	400	5	5	3	567	6	49	3
家庭復帰後の入所児童の保護者等に対する相談援助	166	135	0	1	0	15	0	15	0
里親への委託後における相談援助	6	4	0	0	0	2	0	0	0
その他	144	89	0	0	21	10	0	19	5

### (3) 対象者1人あたり平均支援回数

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
家庭復帰のための入所児童の保護者等に対する相談援助	542.9	383.9	11	4	2	33	1	107	1
家庭復帰後の入所児童の保護者等に対する相談援助	126.9	89.9	0	1	0	11	0	25	0
里親への委託後における相談援助	8	6	0	0	0	2	0	0	0
その他	57	39	0	0	0	6	0	12	0

### (4) 支援実施者の人数(平成28年6月1日現在)

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
人数	889	520	8	2	9	132	0	84	11
うち専任	391	230	2	13	0	32	3	29	6
うち兼務	588	344	6	2	10	110	0	62	7

### (5) 上記の保護者等支援担当者が専任の場合の、専任者の職種

	ソーシャルワーカー	ケースワーカー	看護師	児童指導員(支援員)	その他
知的	5	4	8	36	21
盲ろう	1	1	1	2	0
福・肢体	0	1	0	1	1
福・自閉	0	0	0	0	0
医・肢体	4	1	4	9	7



医・自閉	1	0	0	0	0
医・重症	7	11	3	7	9
国・重症	1	1	2	7	1
全体	19	19	19	63	40

(6) 上記の保護者等支援担当者が兼務の場合の、兼務している職員の職種

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
① 施設長・管理者	52	35	4	1	1	5	0	4	1
② 児童発達支援管理責任者	89	53	2	1	1	12	0	14	5
③ 保育士	52	28	2	0	2	10	0	8	2
④ 児童指導員	68	39	2	0	1	12	0	8	6
⑤ 生活支援員	12	5	0	0	0	1	0	5	1
⑥ 看護師	25	8	0	0	1	8	0	6	2
⑦ 介助員	10	7	0	0	0	0	0	2	1
⑧ 心理指導担当職員	18	7	0	1	1	3	0	5	1
⑨ 理学療法士	16	0	0	0	0	7	0	6	2
⑩ 作業療法士	12	0	0	0	0	4	0	5	2
⑪ 言語療法士	10	0	0	0	0	4	0	5	1
⑫ 職業指導員	9	9	0	0	0	0	0	0	0
⑬ 医師（嘱託医を除く）	16	0	0	0	0	5	0	7	3
⑭ 医師（嘱託医）	6	2	0	0	0	1	0	2	1
⑮ 栄養士	13	5	0	0	0	2	0	4	1
⑯ 調理員	7	3	0	0	0	1	0	1	1
⑰ 送迎運転手	3	1	0	0	0	0	0	0	1
⑱ 事務員	13	4	1	0	0	3	0	3	1

(7) 保護者等支援にあたっての問題点・課題（自由記載欄、記述）

- ・ 障害（精神・知的）のある親が増加している。
- ・ 障害（精神・知的）のある親への対応が難しい。
- ・ 保護者にも障害がある（診断あり）の方もいたり、未診断だが疑いのある方もいたりする。
- ・ 保護者に障害がある
- ・ 保護者自身が知的障害や精神疾患等社会的能力が低いケースの支援
- ・ 遠距離のケースの支援
- ・ 児童相談所が、家庭状況の把握等のソーシャルワークが欠如。
- ・ 地域移行の公的なシステムが確立していない。施設入所インケアは児相が介入するがソービングケアとアフタケアのソーシャルワークが欠如
- ・ 児童相談所の思いと保護者の思い、学校、施設、児相、関係機関の不安が異なる。成人の場合は本人の思いを中心に考えると整理しやすいが児童の場合は難しい。
- ・ 制度利用における説明責任。
- ・ 将来の見通しが、本人中心でなく保護者主観になり論点や焦点がぶれる。
- ・ 能動的に支援する中で家庭復帰に至ったケースは、平成 27 年度は 1 ケース。家庭復帰に至らないが、保護者への支援は通常業務として実施しており、支援回数等を数値化するのは困難。
- ・ 福祉事務所担当者との連携が上手くできているのかによって、進路の進捗状況が変わってくる。
- ・ 連絡がとれない
- ・ 説明しても行動に移してしてもらえない
- ・ 施設にまかせたまま、放置状態である。
- ・ 異動のある職場のため、保護者との関係性の構築に苦慮する
- ・ 児相との見解に相違が生じ、協力体制がとれないことがあり、最終的に施設委ねになっているケースもある。

- ・一度、入所すると有期限の予定であってもなかなか退院に結びつかない状況にある。
- ・家庭復帰するケースが無く、支援を行っていない。
- ・家庭復帰を視野に入れた受け入れをしていない。
- ・虐待の経過があり、家庭への復帰のタイミング、家庭へ戻してもいいのか、どうかを、決める判断をどのようにするか。
- ・契約児、措置児共に他県からの入所を受け入れているが、家族関係の調整や家庭状況の把握が難しい。又、市町村だと施設のことを知らないケースも多いので、手続きする時に、施設の住所地か保護者の住所地どちらで支援するのか、ややこしくなる場合も多い。
- ・児童を通しての課題に対してのアプローチは比較的行ないやすいが保護者の疾病などへの働きかけをすることが難しい。
- ・時間に限りがあるため、じっくりと話ができないことが多い。
- ・実際に家庭で生活するのに、必要なサービス内容（ハード・ソフト面）へ繋げる為、アセスメント、インタビュー、モニタリングを繰り返して、適切なサービス内容や関係機関等を明らかにする。しかし、必要なサービス（重度訪問サービス等）が地域になく、思い描く生活の幅をせばめないという支援にあたっている。
- ・専任のケースワーカーが必要な程、卒園生からの相談が多いが、専任をおける程の支援費加算が少ない。特になし。
- ・入所後に家庭復帰するというケースが少なく、家庭復帰を望む保護者は、復帰困難なケースが多く、理解に努めている。
- ・入所児童の8割が被虐待児童で児童相談所の措置で入所している。施設や併設している特別支援学校の行事等に参加する保護者が少ない上、ほぼ同じ保母者が来園するため、児童の生活の様子を伝える機会が少ない。関係機関同士の役割分担として保母者支援は児童相談所の役割としている。
- ・入所時は在宅復帰を条件に受け入れをしたが、生活環境の変化等で在宅復帰がむづかしくなっている。
- ・児童相談所等との連携がむづかしい。
- ・保護者が入院しており、会えない
- ・保護者が全くと言っていいほど面会に来ないケースが複数あり、家族との関係の希薄化が懸念されるが、当施設には相談支援を専任で行う職員が位置付けられていない。限られた職員数のため、施設を不在にして遠隔地の家庭を訪問することも、その効果が不透明な中では躊躇される。このような状況下で、児童相談所に親に対する面会等の働きかけを依頼するが、児童福祉司の動きが乏しく、効果が上がっていない状況がある。
- ・児童相談所を通して、枠組みを自ら崩して児童を混乱させてしまう可能性があり、対応に苦勞する。
- ・障害児入所施設にも家庭支援相談専門員（ファミリーソーシャルワーカー）の配置を認めてほしい。児童養護施設に認められているものが、何度も要望しているにもかかわらず未だに認められないのか。理解に苦しむ。

## 6) 他機関との連携支援

### (1) 児童相談所との関係

#### ①児童福祉司等の訪問

	平成 27 年度に訪問があった	児童相談所数	児童相談所からの訪問回数	児童福祉司等の訪問はない
知的	112	344	1704	344
盲ろう	4	47	106	33
福・肢体	5	31	370	14
福・自閉	1	6	10	3
医・肢体	27	52	124	108
医・自閉	0	0	0	5
医・重症	61	104	198	185
国・重症	16	8	5	64
全体	227	593	2518	757

## ② 児童相談所との連携

	県単位で児童相談所と施設の定期協議を行っている	定期的に児童相談所を訪問して協議を行っている	不定期であるが児童相談所を訪問して協議を行っている	特に行っていない	その他
	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数
知的	38	7	49	10	22
盲ろう	0	0	5	2	2
福・肢体	1	1	1	1	1
福・自閉	1	1	0	0	0
医・肢体	5	1	4	6	13
医・自閉	0	0	0	0	1
医・重症	15	1	6	19	15
国・重症	3	0	1	6	7
全体	63	11	66	44	61

## ③ 措置児童の18歳以降の対応

	18歳到達日以降の措置延長は原則として認められない	高校(高等部)卒業までは措置延長が認められるが、それ以降は認められない	高校(高等部)卒業以降も、事情により20歳までの措置延長が認められる	その他
	施設数	施設数	施設数	施設数
知的	7	37	80	4
盲ろう	0	0	9	0
福・肢体	0	2	4	0
福・自閉	0	1	1	0
医・肢体	1	8	18	1
医・自閉	0	0	0	0
医・重症	3	5	35	8
国・重症	0	3	9	2
全体	11	56	156	15

## ④ 契約児童の18歳以降の対応

	18歳到達日以降の支給期間の延長は原則として認められない	高校(高等部)卒業までは支給期間の延長が認められるが、それ以降は認められない	高校(高等部)卒業以降も、事情により20歳までの支給期間の延長が認められる	その他
	施設数	施設数	施設数	施設数
知的	9	62	49	5
盲ろう	0	2	5	0
福・肢体	0	4	1	0
福・自閉	0	2	0	0
医・肢体	5	11	13	1
医・自閉	0	0	0	0
医・重症	15	19	10	9
国・重症	6	4	3	2
全体	35	104	81	17

## (2) 児童相談所以外の関係機関との連携

利用者に関する事項で情報交換などの連携を行ったことのある関係機関

	同種障害児入所施設	異種障害児入所施設	学校・幼稚園・保育所	障害者通所施設	病院	診療所	警察	消防	その他の公的機関
	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数
知的	77	28	117	59	94	19	42	19	52
盲ろう	4	4	10	4	5	0	2	0	3
福・肢体	5	3	5	2	5	2	0	0	4

福・自閉	1	0	2	1	1	2	0	0	0
医・肢体	16	14	25	5	23	1	3	0	16
医・自閉	0	1	1	0	0	0	0	0	1
医・重症	37	10	48	16	51	4	4	3	13
国・重症	12	5	8	6	6	0	0	0	3
全体	152	65	217	93	186	28	51	22	92

(3) 他機関との連携支援にあたっての問題点・課題（自由記記載欄、記述）

- ・1人の児童のケースについて、ケース会等、経験のない機関と行なう場合が多く、「何の会」と言われてしまうので、児相を中心として、行なうとスムーズに行くので、公的機関中心に行なっている。施設中心でのケース会がむずかしい。
- ・児相の児童福祉司の能力、理解力、経験値により支援格差が大きい。
- ・自治体や担当により問題対応に差が生じている。
- ・学校や児相においては、就学期間後や、18歳以上の将来像が持てずに、その場しのぎの協議になったりすることもある。
- ・高校卒業後の移行先を探す上で、児相及び福祉の連携が難しい場合があり、積極的に動いてもらえない。
- ・同様に成人施設への入所を希望する場合、どこの施設も満床であり、移行できる時期の予測が立たない。平成30年度以降の過齢児への対応が困難である、都市部での傾向が特に強いいため、早急な対策が必要となっている。
- ・児相と市町関係機関との地域移行の公的なシステムが確立していない。特に、児相と市町との連携は市町によっても差異が大きい。
- ・県が主導的立場で、児相のソーシャルワークを指導する立場であるが、つながりが稀薄である。
- ・18才ー20才までの移行をする上で、経済的保障の手立てがない。
- ・措置権者である児相が延長で20才になると、市町に移管し、市町に丸投げとなる。移行先が困難なケースは、最終誰が責任を負うのか責任の所在が明確でなく、結果、施設が抱えこむという歴史である。
- ・県単位で児相と入所施設との定期協議の場を義務化すべき。
- ・公的機関のワーカーは、2～3年のスパンで、かわっていくか、ワーカーによって、連携度の格差が大。
- ・児相の所長も2～3年のスパンでかわるが所長がかわれば、ワーカーの考え方、取り組みまでかわってしまう。
- ・児童のライフサイクルは、義務教育・高等教育、18才、20才と途切れっぱなしのソーシャルワークで大人へのステージに移行する、資源と手立て、システムがなさすぎる。
- ・入所だとどうしても地元（もともとの住所地）の関係者の関わりが少なくなる。
- ・児相がとにかく忙しそうで連絡もスムーズにとりづらい。
- ・18歳以降（高等部卒業後）の進路についてスムーズに移行先が決まらない現状がある。
- ・ケース会議などの日程調整。
- ・保護者も市町村や相談支援事業所との関わりがほとんどなく、サービス利用終了日前に相談・支援が始まるため、移行準備があわただしい方もいる。
- ・以前とくらべて連携ができるようになってきた。あとは家族、保護者の協力です。
- ・医療的ケアの必要な児童について、必要な医療機関が遠方にあり、通院に労力を要すること。
- ・遠方の児童相談所であると、電話での連携が主となってします。
- ・学校、親、施設の連携で情報のくいちがいが時々ある。
- ・機関や自治体、あるいは担当者によって関わり方や支援に差がある。
- ・個人情報があり、どの辺まで共有してよいのか、保護者の意見もきかなければならず、そちらに時間がかかり、協議できないことがある。
- ・児相に深く関わってもらいたい。
- ・児相の職員の担当児童数が多いため、1人1人にかかる時間が短く、又、施設側は緊急を要している事案に対して、温度差がありスムーズに解決にむすびつかない。

- ・児童福祉司が、よく制度を理解していなかったりして連携支援がスムーズにいかない事がある
- ・情報の共有を確実に行う。
- ・窓口となる社会福祉士の勤務が不規則で、ケアワーク中心の業務のため連絡調整がつきにくい。また、集中的に業務がしにくい。
- ・中卒後の進路で障害者サービスを契約利用する場合に、支援のバトンタッチをスムーズに行うために苦慮している。
- ・当施設ではソーシャルワークを担当する職員が配置されていない。児童指導員や看護師が、直接他機関と連携することとなるが、その範囲は医療機関や補装具業者等、限定的となる。社会資源を熟知し、他機関との連携を効果的に行うソーシャルワーカーの設置が課題である。

## 7. その他一施設運営、職員育成等

### 1) 在所延長

(1) 在所延長規定の廃止に伴う今後の児童施設としての計画について（平成28年6月1日現在）

#### ① 障害者支援施設の経過措置の指定

	受けている		受けていない	
	施設数	%	施設数	%
知的	79	58.1%	50	36.8%
盲ろう	4	40.0%	6	60.0%
福・肢体	4	66.7%	2	33.3%
福・自閉	1	50.0%	1	50.0%
医・肢体	7	22.6%	22	71.0%
医・自閉	0	0.0%	1	100.0%
医・重症	13	19.7%	29	43.9%
国・重症	2	9.5%	6	28.6%

#### ② 今後の対応の方針

	児童施設として維持		障害者支援施設を併設		障害者支援施設に転換	
	施設数	%	施設数	%	施設数	%
知的	92	67.6%	23	16.9%	9	6.6%
盲ろう	10	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
福・肢体	4	66.7%	2	33.3%	0	0.0%
福・自閉	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
医・肢体	20	64.5%	6	19.4%	0	0.0%
医・自閉	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医・重症	12	18.2%	15	22.7%	0	0.0%
国・重症	2	9.5%	2	9.5%	0	0.0%

#### ③ 児童施設の定員

	現行定員を維持する		定員を削減する		
	n	%	n	%	削減人数
知的	93	68.4%	27	19.9%	462
盲ろう	9	90.0%	1	10.0%	34
福・肢体	5	83.3%	0	0.0%	0
福・自閉	0	0.0%	2	100.0%	10
医・肢体	25	80.6%	2	6.5%	50
医・自閉	1	100.0%	0	0.0%	0
医・重症	30	45.5%	0	0.0%	0
国・重症	5	23.8%	1	4.8%	20

#### ④ 障害種別の一元化に際し、他の障害の受入れに伴う設備・構造

##### (1) 身体障害の車椅子対応

	a. 現状で可能		b. 改築等が必要		c. 受入れ困難	
	n	%	n	%	n	%
知的	37	27.2%	40	29.4%	52	38.2%

盲ろう	2	20.0%	4	40.0%	4	40.0%
福・肢体	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
福・自閉	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
医・肢体	25	80.6%	2	6.5%	0	0.0%
医・自閉	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医・重症	27	40.9%	0	0.0%	5	7.6%
国・重症	5	23.8%	1	4.8%	0	0.0%

## (2) 盲・ろうあ児の受入れ

	a. 現状で可能		b. 改築等が必要		c. 受入れ困難	
	n	%	n	%	n	%
知的	17	12.5%	37	27.2%	74	54.4%
盲ろう	9	90.0%	0	0.0%	0	0.0%
福・肢体	1	16.7%	3	50.0%	1	16.7%
福・自閉	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
医・肢体	6	19.4%	5	16.1%	15	48.4%
医・自閉	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医・重症	5	7.6%	4	6.1%	21	31.8%
国・重症	1	4.8%	1	4.8%	3	14.3%

(2) 在所延長している児童の見通しについて(本人の能力等からみて) (平成28年6月1日現在)

### (1)家庭引き取り

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
現状	28	1	0	0	1	0	6	1
うち28年度末までに移行が可能な人	25	1	0	0	0	0	2	0

### (2)障害者支援施設の対象

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
現状	341	4	8	1	18	0	11	15
うち28年度末までに移行が可能な人	76	0	2	0	6	0	1	2

### (3)グループホームの対象

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
現状	70	1	0	0	4	0	0	0
うち28年度末までに移行が可能な人	35	0	0	0	4	0	0	0

### (4)単身生活

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
現状	3	2	0	0	0	0	0	0
うち28年度末までに移行が可能な人	3	2	0	0	0	0	0	0

### (5)その他

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
現状	2	0	0	0	2	0	0	0
うち28年度末までに移行が可能な人	0	0	0	0	2	0	0	2

在所延長している利用者の今後の見通しについては、その多くが障害者支援施設の対象と考えられており、グループホームを含んでも地域移行には困難さがあることが伺われた。

## 2)「自活訓練事業」及び準じた取り組み（平成28年6月1日現在）

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
実施している	16	0	1	0	1	0	1	0
今後実施する予定	37	3	0	1	2	0	2	0

(1) 実施している → 自活訓練加算対象

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
措置	29	0	0	0	1	0	0	0
契約	17	0	0	0	0	0	0	0
加算対象外（独自事業）	47	0	41	0	0	0	0	0

自活訓練事業については、知的障害施設において「実施している」「今後実施する予定」とする施設が多かった。

## 3) 居住スペース等

(1) 施設建物の形態（平成28年6月1日現在）

	居住棟一体型	居住棟分離型	居住棟分棟型	居住棟分離・分棟併用型	敷地外に生活の場
知的	70	42	9	8	1
盲ろう	9	1	0	0	0
福・肢体	3	2	0	0	0
福・自閉	1	1	0	0	0
医・肢体	24	0	0	0	0
医・自閉	1	0	0	0	0
医・重症	35	6	0	0	0
国・重症	8	0	0	1	0

居住棟一体型（多層構造や渡り廊下等で連なっている構造も含む）

居住棟分離型（構造上は一体型であるが、出入口や仕切り等を設け、生活単位を分けて使用している構造）

居住棟分棟型（生活単位がすべて敷地内に分散した形で設置されている構造）

居住棟分離・分棟併用型（敷地内に上記2，3を合わせて設けている構造）

敷地外に生活の場を設けている（自活訓練も含む）

→「敷地外に生活の場を設けている（自活訓練も含む）」場合

敷地外生活の場の数

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
1ヵ所	4	0	0	0	0	0	2	0
2ヵ所	1	0	0	0	0	0	0	0

食事

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
本体施設から配食	3	0	0	0	0	0	2	0
自前調理	1	0	0	0	0	0	0	0
配食+自前調理	1	0	0	0	0	0	0	0

(2) 小規模グループケアの実施状況

	実施している		していない	
知的	25	18.4%	102	75.0%
盲ろう	0	0.0%	10	100.0%
福・肢体	0	0.0%	6	100.0%
福・自閉	1	50.0%	1	50.0%
医・肢体	8	25.8%	21	67.7%
医・自閉	0	0.0%	0	0.0%
医・重症	2	3.0%	48	72.7%
国・重症	0	0.0%	12	57.1%

小規模グループケアを実施している施設は一部にとどまっているが、知的、医療型肢体不自由施設においては比較的多く取り入れられている傾向にあった。

#### 4) 施設内連携状況

##### (1) 施設内職員による入所児童に対する支援会議やカンファレンス開催状況

施設内連携体制はすべての施設において構築されていた。開催頻度については、施設種別によるばらつきが見られた。

	a. 定期開催している		b. 不定期 (ニーズに応じて)		c. 開催していない	
	n	%	n	%	n	%
知的	86	63.2%	30	22.1%	0	0.0%
盲ろう	5	50.0%	5	50.0%	0	0.0%
福・肢体	3	50.0%	2	33.3%	0	0.0%
福・自閉	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
医・肢体	27	87.1%	1	3.2%	0	0.0%
医・自閉	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医・重症	40	60.6%	4	6.1%	0	0.0%
国・重症	4	19.0%	6	28.6%	0	0.0%

##### 開催頻度

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・重症	国・重症
平均値	9.3	7.9	5.0	6.3	53.5	18.8	9.5	2.0
SD	10.1	7.3	5.6	9.9	42.5	23.9	10.9	2.8
最小値	0	0	0	0	11	0	0	0
最大値	140	72	13	36	96	140	100	20

##### 児童1人あたり所要時間（時間は分に換算）

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・重症	国・重症
平均値	62.8	85.2	19.0	7.5	22.5	40.3	57.0	12.0
SD	73.5	112.2	22.6	10.0	7.5	24.7	56.1	15.8
最小値	0	0	0	0	15	0	0	0
最大値	5400	5400	120	30	30	300	1800	60

##### (2) 施設内職員による入所児童に対する支援会議やカンファレンスに参加している職種

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
①施設長・管理者	141	88	10	2	2	14	1	24	0
②児童発達支援管理責任者	241	131	10	6	2	27	1	49	14
③保育士	241	128	10	6	2	28	1	50	15
④児童指導員	232	129	9	6	2	28	0	42	15
⑤生活支援員	85	34	0	3	0	8	0	33	6
⑥看護師	186	76	3	6	1	30	1	54	14
⑦ソーシャルワーク専任職員	36	6	0	1	0	8	1	20	0
⑧心理指導担当職員	70	29	1	3	1	14	1	20	1
⑨理学療法士	96	1	0	1	0	29	0	51	13
⑩作業療法士	89	1	0	0	0	30	1	46	10
⑪言語療法士	74	0	0	0	0	27	0	40	7
⑫職業指導員	41	41	0	0	0	0	0	0	0
⑬医師（嘱託医を除く）	83	4	0	0	1	25	1	40	11
⑭医師（嘱託医）	16	5	1	0	1	5	0	4	0
⑮栄養士	107	55	2	4	0	10	0	32	4
⑯調理員	9	7	0	1	0	0	0	1	0
⑰送迎運転手	3	3	0	0	0	0	0	0	0
⑱事務員	24	17	1	1	0	4	0	1	0
⑲その他	33	14	0	1	0	3	0	15	0



## 5) 職員のスキルアップ、処遇改善等への取り組み、職員確保

(1) 資格取得（資格取得の促進を含む）・処遇の状況（平成 28 年 6 月 1 日現在）

職員の資格取得状況（重複計上可）

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・自 閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
①介護福祉士	1899	402	4	36	1	128	0	1232	85
②社会福祉士	607	281	6	12	7	67	7	197	29
③精神保健福祉士	99	48	2	0	0	11	10	20	7
④保育士	2302	1054	56	40	9	246	7	777	107
⑤知的障害援助専門員	34	34	0	0	0	0	0	0	0
⑥知的障害福祉士	11	9	0	0	0	0	0	2	0
⑦介護職員初任者研修修了 (旧：ヘルパー 1 級、2 級)	300	140	0	2	0	6	0	107	34
⑧その他	175	136	7	1	1	4	0	25	1

取得を促進している資格（複数選択可）

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・自 閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
①介護福祉士	124	73	2	4	0	4	0	36	4
②社会福祉士	129	85	3	5	0	4	0	28	4
③精神保健福祉士	43	35	1	1	0	2	0	4	0
④保育士	58	42	1	3	0	3	0	7	2
⑤知的障害援助専門員	28	28	0	0	0	0	0	0	0
⑥知的障害福祉士	11	11	0	0	0	0	0	0	0
⑦介護職員初任者研修修了	12	10	0	0	0	0	0	2	0
⑧その他	21	8	1	1	0	1	0	7	3

資格取得への支援処遇の内容

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・自 閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
受講料・交通費等受講に係る費用の補助あり	88	55	3	2	0	8	0	18	2
①全額補助	25	13	2	0	0	3	0	6	1
②一部補助	50	31	1	2	0	4	0	11	1
③その他	13	11	0	0	0	1	0	1	0
給与への反映	88	58	0	3	0	3	0	23	1
昇進等処遇への反映	22	14	0	1	0	1	0	4	1
その他	31	18	1	1	1	0	0	8	2

### ・「給与への反映」の内容（自由記載）

資格取得手当、基本給昇給、給与規則にもとづき職務手当の加給、定期昇給以外に昇給、  
准看護師→看護師免許取得による基準給与の変更

非常勤職員等就業規則により時給の増額

### ・「昇進等処遇への反映」の内容（自由記載）

管理職への昇進条件、取得後 1 号棒昇給

### ・「その他」の内容

祝い金、ゼミ等あれば勤務なし、一時金、休暇の配慮、資格取得者への奨励金の授与  
資格取得助成金 実習時のシフトの調整、休日の調整を行っている。

職免、通信課程におけるレポート指導、法人の指定する資格を取得すれば資格取得手当が支給される

(2) 職員の施設外研修会等の参加の扱い（平成 28 年 6 月 1 日現在。複数回答可）

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
年（ ）回公費出張可能	77	49	3	1	0	8	0	15	0
有給を利用して私費で参加	46	22	1	1	1	4	0	15	2
休暇を利用して私費で参加	49	25	1	1	1	5	0	12	4
上司が認めた場合は公費出張	185	85	8	5	2	24	0	48	13
就業免除で、私費で参加	12	3	2	1	0	2	0	4	0
その他	17	6	2	2	0	1	1	4	1

年（ ）回公費で出張可能か

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・重症	国・重症
平均値	1.2	1.4	0.3	0.3		0.7	1.8	0.0

その他

必要な内容であれば公費で出張。研修計画により該当者を選出、交通費のみ支給。

参加が必要と思われるものには全て参加。

自己研修及いとして、施設長が認めたものについて年度ごと 15、 を限度に補助（参加費）。

年間計画により公務出張。年間予算の中で参加。年間予定表にて指示。年 1 回～2 回は入れている。

本人選択も可。予算の状況による

(3) 職員の確保と育成についての課題・問題点（自由記載欄、記述）

- ・問題点：募集をしても応募者が少ない。必要な能力をもった人材の応募が少ない。育成のためのシステムが確立していない。育成のための時間が捻出できない。
- 課題：労働条件（労働時間、有休の取得等）の改善。
- ・フルタイムの非常勤職員の確保が困難となっている。
- ・正職員の採用試験への応募も年々減少の傾向にある。
- ・マイナビ等のスマホ募集をかけても、学生の応募は無。
- ・福祉採用募集のブースを年 2 回持つが、応募は無。
- ・常に公的機関に募集をかけているが、人材の確保にはつながらない。
- ・職員を募集しても来ない。 ・長続きせず、業務や人間関係で何かあると、すぐに精神面での影響が出る。
- ・福祉の仕事のイメージなのか募集してもなかなか集まらない。仮に確保し、現場で育成してもその維持が難しいことがある。
- ・殆どの職種において応募者が少なく確保が困難になっている。
- ・育成についても、マンパワーがないと教育が難しい。 ・有資格者が集らない。
- ・入所型の不規則な勤務は若者に敬遠されがち。求人しても集まらない現状がある。離職が多く、なかなか育成につながらない。
- ・給与面や休み、夜勤等に課題あり。 ・シフト制の中で研修を頻回組むのが困難。
- ・マンパワーの絶対数が不足。需要と供給のバランスが崩れてきている。
- ・各職員の確保と離職への対策。 ・各職員の確保と離職への対策が課題
- ・看護師確保。 ・看護師は平均年令が高く新卒者等の就業が少ない ・看護師確保
- ・看護職の教育体制及び資格取得に向けての基準整備を行っているが、他職種、支援職、保育士等に関する明確な教育基準が整備されてないことを課題とする。また、入職時支援職において、介護職としての専門資格を有する者と、社会福祉士、保育士など成人の介護分野の専門的知識が乏しい状況で入職することにより、介護を実践で理解するまでの時間と質の低下を問題として、早期に教育のあり方を検討する必要があると考えている。
- ・給与等の問題もあるのですが、職員が自分の仕事に生き甲斐ややり甲斐を見出せていないことが問題だと思えます。
- ・県職員の福祉職として採用されているため、定期的に人事異動があり職員集団として支援スキルが積み上

がりにくい。

- ・県立施設であり人事異動が定期的であり、児発管をもつ職員が必ず配置されるかわからない。
- ・県立施設のため短期間で異動する場合があります、育成に時間がかかる。育休・産休取得で欠員が生じ、代替に嘱託職員を雇用するが、勤務条件等で雇用が難しい。
- ・採用応募者の減少で、人材の確保が難しくなっている。
- ・山間部であり、職員募集をしても、なかなか応募がなく、職員の確保が難しい。(特に保育士、看護師)
- ・子育て職員の制度拡充
- ・指導員、保育等支援職員の研修会が少ない。
- ・実習性を受け入れていく。※育成より確保が大変です。
- ・若い職員が出産で退職する。・障害児施設職員になりたがらない。・職員がなかなか集まらない
- ・人員配置基準を満たした事業の展開を行っているが、常に新任職員に対しての加配職員配置は出来ない。職場への定着という観点からも、求人に対しての応募も非常に少ない状況である。
- ・人間関係とスキルアップ
- ・人材育成の現状について確認し、今後、どのような対策が必要か、方向性の整理が必要と考えています。早い段階で説明会を開いたり、学校等訪問をするが労働人口減少による人材不足は深刻でなかなか確保は困難。福祉への魅力が課題
- ・大変不便な地域であるためか、福祉の仕事の魅力が一般的に薄れてきているためか募集に対して人が集まらない。何とか確保できても仕事内容や時間がハードという事で短期間で辞めてしまい定着しない
- ・短大（保育士専攻）の施設実習が2年次の夏休み明けであることが多い。公立の為、8月には試験を行うことも有、確保が難しい。施設という性質上、認知度も低く、実習に来て初めて興味をもつ学生も多い中、ほとんどが就職が決まっている。
- ・当施設は県立で、一般事務職員が人事異動で配属されるため、障害福祉や介護についての専門性を持つ人材を安定的に確保することが困難である。一昨年度から県の福祉職採用が開始されたが、当施設への配置は限定的である。福祉型施設に転換したが、実際には重症心身障害児・者の利用が多く、介護に人手がとられるため、研修に一部の職員しか参加できず、職員全体の専門性の底上げに苦慮している。
- ・入職しても長続きしない。夜勤があるのが難点のようである。
- ・非常勤の看護師保育士の応募が少ない・保育士、ガイダンス等への参加、階層別研修の導入他
- ・募集をかけても応募がない。都心にある施設なので、住宅が高く若い職員は借りる事ができない。職員育成は職員育成マニュアルができていないため毎年別メニューで育成している。
- ・法人内で異動がある為、人材確保が難しい。

## 6) 入所（長期、有期限、短期）支援以外の事業

### 1) 日中一時支援事業の実施（平成28年6月1日現在）

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
実施している	171	101	7	5	1	17	0	37	3
実施していない	73	22	3	1	1	13	0	20	13

#### 実施の市区町村数

全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
379	221	12	2	2	55	0	84	3

### 日中一時支援事業の実績（平成27年4月～28年3月対象者）

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
実人員	5003	3348	161	24	3	369	0	1090	8
延べ人数	66498	45729	4452	341	307	2931	0	12725	13

2) 児童期に視点を当てた在宅支援サービスのうち、実施している制度外のサービス

(平成 28 年 6 月 1 日現在。複数回答可)

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・自 閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
地域住民の子育てに対する療育相談	27	16	0	0	1	2	0	7	1
入所児童の親を対象とした懇談会・学習会	44	26	0	1	2	4	0	6	5
専門的療育援助セッション	17	7	0	0	0	4	0	6	0
ボランティア講座・体験学習・地域住民への研修	21	13	0	0	0	3	0	4	1
母子体験訓練	6	2	0	0	0	3	0	1	0
放課後療育	15	10	0	0	0	0	0	4	1
児童・生徒の福祉体験交流	39	23	1	1	0	4	0	10	0
通院等に対する職員派遣	15	11	0	0	0	1	0	2	1
送迎サービス	27	19	1	1	0	0	0	6	0
家庭訪問指導	9	6	0	0	0	1	0	2	0
余暇活動支援	19	11	1	0	1	0	0	4	2
その他	10	5	1	0	0	1	0	3	0

3) 障害児等療育支援事業（都道府県の地域生活支援事業による事業等）及び療育相談事業等

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
実施している	59	15	0	1	0	14	0	28	1
法人内の他施設が実施	34	25	0	1	1	3	0	4	0
実施していない	146	82	10	4	1	8	1	27	13

実施している場合、事業内容別に平成 27 年度（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月）の実施件数

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
訪問療育等指導事業	7907	2299	0	5	0	1881	0	3714	8
外来療育等相談事業	21877	4537	0	0	2	7844	0	9494	0
施設支援事業									
保育所・幼稚園	1469	512	0	1	12	338	0	606	0
学校	1294	399	0	0	0	363	0	532	0
作業所	246	137	0	0	0	46	0	63	0
その他	1585	618	0	0	0	224	0	743	0

その他の支援事業（自由記載内容）

行事、研修会、通園、子育て支援センター、市町村施設支援専門指導事業、  
児童発達支援センター児童クラブ、児童デイ、放課後デイ、通園施設  
放課後児童クラブ 障害児通所事業所（児発・放デイ）

7) 福祉人材・ボランティアの育成等の事業の実施

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
実施している	161	90	8	4	0	15	0	35	9
実施していない	51	17	2	2	1	10	1	14	4

平成 27 年度（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月）の受入れ

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
小・中・高校生のボランティア・体験実習	2933	1292	40	5	0	314	0	1191	91
民間ボランティア	22117	6865	189	676	0	4468	0	9436	483
学校教員・教職免許の体験実習	637	290	10	29	2	124	0	182	0
単位実習 保育士	4276	2285	116	54	42	207	0	1546	26

単位実習 社会福祉士・主事	295	73	20	5	0	39	0	157	1
施設職員の現任訓練	1650	90	2	11	11	1428	0	108	0
上記以外の受入れ*	6398	1173	7	81	122	1340	0	3675	0

\*上記以外の受入れの具体的内容

一般企業インターンシップ、インターンシップ・大学生介ゴ体験、PO・OTの単位実習、コンソーシアム実習、ヘルパー研修、介護福祉士、介護実習、介護体験実習、学生実習、活動ホーム職員等実習  
看護学生実習、医学生の体験、医大学生地域実習、大学生体験学習、福祉の職場体験  
児童相談所実習生の体験実習、専門里親現任研修、教員による一日体験、県の新採用職員の福祉体験  
塗装組合、麺業組合、演奏や、イベント補助、学習活動、遊びボランティア、読み聞かせ etc  
行事の際のお手伝い、行事ボランティア、大学のサークル、家族による衣類補修のボランティア、

## 8) 施設の経営、外部評価等

(1) 施設の運営費について(平成28年6月1日現在)

現行の加算(複数回答可)。

(対象でない加算は空欄とした)

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国療重心
児童発達支援管理責任者専任加算	199	115	5	6	1	25	1	45	1
職業指導員加算	53	51	2	0	0				
重度障害児支援加算	143	98	6	5	1	22	0	8	3
重度重複障害児加算	21	17	0	1	1	1	0	1	0
強度行動障害児特別支援加算*	10	8	0	0	1	0	0	1	0
幼児加算(乳幼児加算)	35	4	8	0	0	17	0		
心理担当職員配置加算	48	32	1	4	1	7	0		
看護師配置加算	83	70	3	1	1				
入院・外泊時加算	111	99	4	6	0				
自活訓練加算	10	10	0	0	0	0	0	0	0
入院時特別支援加算	13	13	0	0	0				
地域移行加算	10	9	0	0	0	0	0	1	0
栄養士配置加算	114	90	5	5	1				
栄養ケアマネジメント加算	38	32	0	4	1				
小規模グループケア加算	26	18	0	0	1	7	0	0	0
被虐待児受入加算(1年間)	81	61	4	3	1	6	0	5	1
福祉専門職員配置等加算	176	80	5	5	1	20	1	49	15
福祉・介護職員処遇改善加算	138	83	4	4	0	8	0	39	0

\*医療型施設では、診療報酬での「強度行動障害入院医療管理加算」。これを設問で明記していなかったために、この加算を受けている医療型施設は実際にはこの表の数より多い可能性がある。

(2) 自治体の加算措置について(平成28年6月1日現在)

※公立施設は、国措置費・給付費を超えた運営費の場合に「あり」

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
職員配置等の事務費の補助 あり	68	42	4	2	2	8	1	8	1
職員配置等の事務費の補助 なし	161	76	6	4	0	19	0	44	12
事業費に対する加算措置 あり	66	38	7	1	2	8	1	8	1
事業費に対する加算措置 なし	162	80	3	4	0	19	0	44	12

(3) 電子化の状況(報酬請求、オーダーリング、電子カルテ、グループウェアなどのコンピュータネットワークを利用した記録の導入状況)(平成28年6月1日現在)

	全体	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症
(1) 指定入所支援の報酬事務の電子化									

導入済み	158	92	5	3	1	12	0	34	11
導入予定	3	1	0	0	0	0	0	1	1
導入検討中	18	6	0	1	0	1	0	8	2
導入計画なし	56	19	3	1	1	14	1	14	2
(2) 診療報酬事務の電子化 (医療型障害児入所施設の場合)									
導入済み	86		0	0	0	22	1	46	12
導入予定	5	1	0	0	0	0	0	3	1
導入検討中	10	1	0	1	0	2	0	5	1
導入計画なし	29	13	2	0	0	5	0	7	1
(3) 入所児童票 (カルテ) の電子化									
導入済み	89	52	2	3	1	9	0	13	9
導入予定	8	0	0	0	0	0	1	3	4
導入検討中	35	15	0	1	0	5	0	13	1
導入計画なし	104	46	7	1	1	15	0	30	3

(4) 平成 27 年度の苦情受付の件数 (平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の状況)

※障害児入所施設が対象。みなし該当施設 (施設入所支援、療養介護) への苦情は除外。

みなし該当施設との区別が困難な場合は、総数を記入。

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
件数	357	182	7	5	2	61	0	100	0
苦情の内容									
1. 施設運営に関する	91	25	2	1	1	35	0	27	0
2. 生活支援に関する	262	146	6	4	4	42	0	57	3
3. その他	122	33	1	0	0	31	1	55	1
利用者・家族等への説明・情報開示状況の頻度									
1. 月 1 回程度	27	16	0	0	0	6	1	4	0
2. 学期に 1 回程度	57	42	2	1	1	4	0	4	3
3. 年に 1 回程度	71	29	4	4	1	6	0	23	4
4. 説明・情報開示は行っていない	26	11	2	0	0	5	0	7	1
第三者委員等との相談の頻度									
1. 月 1 回程度	16	12	0	0	0	2	0	2	0
2. 学期に 1 回程度	44	32	2	1	0	3	0	6	0
3. 年に 1 回程度	100	53	3	3	1	14	0	24	2
4. 相談の機会はない	71	23	5	1	1	11	1	20	9

(5) 外部による評価方法

	全体	知的	盲 ろう	福・ 肢体	福・ 自閉	医・ 肢体	医・ 自閉	医・ 重症	国・ 重症
a. 第三者評価受審状況									
1. 受けている	89	48	6	2	1	8	0	18	6
2. 受けていない	144	66	4	3	0	21	1	39	10
3. これから受ける予定	19	13	0	0	1	1	0	4	0
b. 病院評価受審状況 (病院の場合)									
1. 受けている	13	0	0	0	0	3	0	2	8
2. 受けていない	101	17	0	1	0	22	1	53	7
3. これから受ける予定	5	0	0	0	0	3	0	0	2

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（研究代表者 北住映二）  
分担研究報告書

**障害児入所施設（福祉型および医療型）における被虐待児童についての調査**

研究分担者 下山田洋三  
小山友里江  
米山 明

障害児入所施設への入所・入院児童、および短期入所・日中一時支援利用児童を対象として、被虐待児童および被虐待疑い児童について、次のように定義し、調査票による調査を行った。

- ・「被虐待児童」：児童相談所が「虐待」と認定（措置・契約入所、保険入院かは問わない）している児童
- ・「被虐待疑い児童」：児童相談所が「虐待」と認定していないが、施設の判断（児童票や家庭での生活実態等からの判断）として虐待がある（ネグレクトも含む）、または強く疑われる児童

該当児童の数などについての施設調査票、および、該当する個々の児童の本人と家族の状況や施設による対応などについての児童個人調査票を、対象施設に送付し、記入回答と返送を求めた。

**I. 入所・入院児童についての調査**

**A. 施設調査票による調査**

①対象施設：福祉型および医療型の障害児入所施設、国立病院機構重症心身障害児者病棟

②対象児童：

（i）入所児童

平成 28 年 6 月 1 日現在で、対象施設へ入所している 18 歳未満の児童。ただし、児童福祉法第 24 条の 24 又は第 31 条に規定する入所期間の延長をした者で、18～19 歳の者を含む。

18 歳以上であって障害者総合支援法の療養介護または施設入所支援で入所している者は対象外。

（ii）入院児童

平成 28 年 6 月 1 日現在で、医療型障害児入所施設へ保険入院している、20 歳未満の児童。

（iii）一時保護委託、その他

平成 28 年 6 月 1 日現在で、対象施設へ上記（i）、（ii）以外の一時保護委託、その他で在所している児童。

③調査の内容：対象施設の、入所・入院・一時保護委託・その他の児童数、および、被虐待・被虐待疑い児童数。

**調査集計結果**

調査対象 492 施設中、423 施設（返送率 86.0%）から施設調査票の返送があった。

(1) 回答施設の児童数（男女・在所の種類・施設の種類の別）

		知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
契約入所	男	1,445	24	29	24	555	27	628	294	3,026
	女	559	25	18	5	391	4	538	240	1,780
	計	2,004	49	47	29	946	31	1,166	534	4,806
措置入所	男	1,914	81	89	7	182	11	244	98	2,626
	女	1,078	61	47	3	145	0	169	81	1,584
	計	2,992	142	136	10	327	11	413	179	4,210
合計	男	3,359	105	118	31	737	38	872	392	5,652
	女	1,637	86	65	8	536	4	707	321	3,364
	計	4,996	191	183	39	1,273	42	1,579	713	9,016
保険入院	男	0	0	0	0	26	0	15	0	41
	女	0	0	0	0	24	0	5	0	29
	計	0	0	0	0	50	0	20	0	70
一時保護委託	男	20	1	4	1	4	1	2	1	34
	女	9	0	0	0	1	0	1	0	11
	計	29	1	4	1	5	1	3	1	45
その他	男	2	0	0	0	1	0	1	0	4
	女	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	計	2	0	0	0	2	0	1	0	5
合計	男	22	1	4	1	31	1	18	1	79
	女	9	0	0	0	26	0	6	0	41
	計	31	1	4	1	57	1	24	1	120
総計	男	3,381	106	122	32	768	39	890	393	5,731
	女	1,646	86	65	8	562	4	713	321	3,405
	合計	5,027	192	187	40	1,330	43	1,603	714	9,136

「知的」＝「主として知的障害児を入所させる福祉型施設」（以下、知的障害児施設）

「盲ろう」＝「主として盲児またはろうあ児を入所させる福祉型施設」（以下、盲ろう児施設）

「福・肢体」＝「主として肢体不自由児を入所させる福祉型施設」（以下、福祉型肢体不自由児施設）

「福・自閉」＝「主として自閉症児を入所させる福祉型施設」（以下、福祉型自閉症児施設）

「医・肢体」＝「主として肢体不自由児を入所させる医療型施設」（以下、医療型肢体不自由児施設）

「医・自閉」＝「主として自閉症児を入所させる医療型施設」（以下、医療型自閉症児施設）

「医・重症」＝「主として重症心身障害児を入所させる医療型施設」（以下、重症心身障害児施設）

「国・重症」＝ 重症心身障害児者を入所させる独立行政法人国立病院機構の病院

回答施設の全児童数は 9,136 名（男 5,731 名、女 3,405 名）であった。

入所児童は、9,016 名（契約 4,806 名、措置 4,210 名）、入所児童以外は、保険入院 70 名、一時保護委託 45 名、その他 5 名の計 120 名であった。



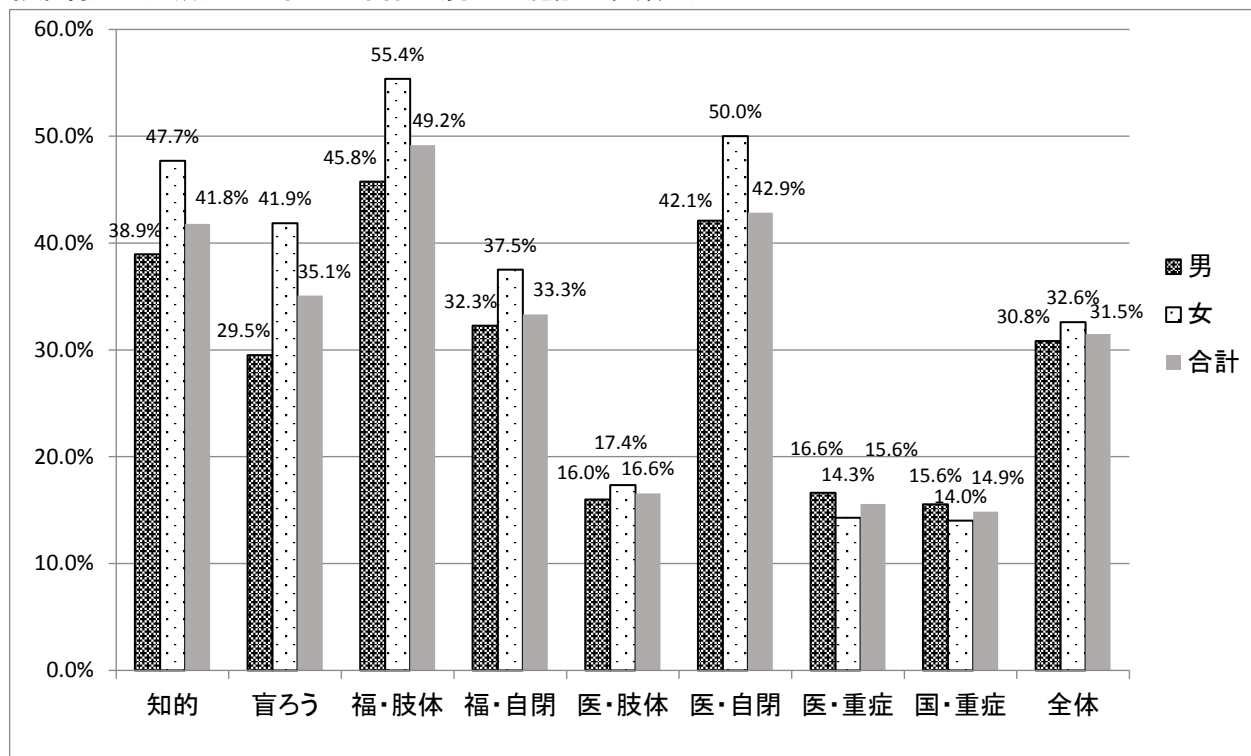
(2) 被虐待児童、被虐待疑い児童、全被虐待児童の数と入所児童に占める割合（男女・施設の種別別）

		知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
被虐待児童	男	1,027	20	46	7	97	16	88	36	1,337
		30.6%	19.0%	39.0%	22.6%	13.2%	42.1%	10.1%	9.2%	23.7%
	女	621	21	32	2	82	2	72	31	863
		37.9%	24.4%	49.2%	25.0%	15.3%	50.0%	10.2%	9.7%	25.7%
	合計	1,648	41	78	9	179	18	160	67	2,200
		33.0%	21.5%	42.6%	23.1%	14.1%	42.9%	10.1%	9.4%	24.4%
被虐待疑い児童	男	281	11	8	3	21	0	57	25	406
		8.4%	10.5%	6.8%	9.7%	2.8%	0.0%	6.5%	6.4%	7.2%
	女	160	15	4	1	11	0	29	14	234
		9.8%	17.4%	6.2%	12.5%	2.1%	0.0%	4.1%	4.4%	7.0%
	合計	441	26	12	4	32	0	86	39	640
		8.8%	13.6%	6.6%	10.3%	2.5%	0.0%	5.4%	5.5%	7.1%
* 被虐待児	男	1,308	31	54	10	118	16	145	61	1,743
		38.9%	29.5%	45.8%	32.3%	16.0%	42.1%	16.6%	15.6%	30.8%
	女	781	36	36	3	93	2	101	45	1,097
		47.7%	41.9%	55.4%	37.5%	17.4%	50.0%	14.3%	14.0%	32.6%
	合計	2,089	67	90	13	211	18	246	106	2,840
		41.8%	35.1%	49.2%	33.3%	16.6%	42.9%	15.6%	14.9%	31.5%

\*：被虐待児童、被虐待疑い児童を合わせた全被虐待児童（以下「被虐待児」と略する）

被虐待児は2,840名で、入所児童の31.5%であった。施設の種別別では、福祉型肢体不自由児施設が49.2%と最も多く、次いで医療型自閉症児施設42.9%、知的障害児施設41.8%であった。

被虐待児が入所児童に占める割合（男女・施設の種別別）



### (3) 被虐待児が契約および措置入所児童に占める割合（施設の種別別）

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
契約で入所している被虐待児	218 10.9%	7 14.3%	1 2.1%	4 13.8%	14 1.5%	9 29.0%	24 2.1%	15 2.8%	292 6.1%
全契約入所児童	2,004	49	47	29	946	31	1,166	534	4,806
措置で入所している被虐待児	1,871 62.5%	60 42.3%	89 65.4%	9 90.0%	197 60.2%	9 81.8%	222 53.8%	91 50.8%	2,548 60.5%
全措置入所児童	2,992	142	136	10	327	11	413	179	4,210

施設全体で全契約入所児童の 6.1%が被虐待児であった。施設の種別別では、医療型自閉症児施設 29.0%、盲ろう児施設 14.3%、福祉型自閉症児施設 13.8%であった。

### (4) 契約および措置入所児童が被虐待児に占める割合（施設の種別別）

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
契約で入所している被虐待児	218 10.4%	7 10.4%	1 1.1%	4 30.8%	14 6.6%	9 50.0%	24 9.8%	15 14.2%	292 10.3%
措置で入所している被虐待児	1,871 89.6%	60 89.6%	89 98.9%	9 69.2%	197 93.4%	9 50.0%	222 90.2%	91 85.8%	2,548 89.7%
被虐待児	2,089	67	90	13	211	18	246	106	2,840

被虐待児の 10.3%が契約入所であった。施設の種別別では、医療型自閉症児施設 50.0%、福祉型自閉症児施設 30.8%であった。

被虐待児は、本来は措置入所になると考えられるが、全契約入所児童の 6.1%が被虐待児であり、また、被虐待児の 10.3%が契約で入所していた。被虐待児の入所に際して、児童相談所が措置と契約についてどのように判断しているか検討する必要がある。

### (5) 保険入院、一時保護委託、その他の被虐待児の数とそれぞれが占める割合（施設の種別別）

		知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	全体
保険入院	被虐待児					0 0.0%		0 0.0%		0 0.0%
	全児童数	0	0	0	0	50	0	20	0	70
一時保護委託	被虐待児	17 58.6%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%	1 100.0%	3 100.0%	1 100.0%	27 60.0%
	全児童数	29	1	4	1	5	1	3	1	45
その他	被虐待児	1 50.0%				0 0.0%		0 0.0%		1 20.0%
	全児童数	2	0	0	0	2	0	1	0	5
合計	被虐待児	18 58.1%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.0%	1 100.0%	3 12.5%	1 100.0%	28 23.3%
	全児童数	31	1	4	1	57	1	24	1	120

被虐待児は保険入院では 0 名、一時保護委託では 27 名（60.0%）であった。

## B. 児童個人票による調査

①対象施設：施設調査票と同じ。

②対象児童：施設調査票と同じ。

③調査内容：被虐待および被虐待疑いに該当する児童の個々の状況や対応などにつき、児童個人票を用いて調査した。

## 調査集計結果

調査対象 492 施設中、206 施設から 1,772 名の児童個人票が返送された。

### (1) 回答施設数と回答人数

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	合計
回答施設数 (N=206)	112 54.4%	10 4.9%	5 2.4%	2 1.0%	24 11.7%	1 0.5%	43 20.9%	9 4.4%	206 100.0%
回答人数 (N=1,772)	1,258 71.0%	89 5.0%	45 2.5%	12 0.7%	157 8.9%	7 0.4%	184 10.4%	20 1.1%	1,772 100.0%

施設の種別では、知的障害児施設が最も多く、112 施設（54.4%）、1,258 名（71.0%）であった。

### (2) 被虐待児童、被虐待疑い児童の人数の内訳

	知的 (N=1,258)	盲ろう (N=89)	福・肢体 (N=45)	福・自閉 (N=12)	医・肢体 (N=157)	医・自閉 (N=7)	医・重症 (N=184)	国・重症 (N=20)	合計 (N=1,772)
被虐待児童	944 75.0%	53 59.6%	35 77.8%	7 58.3%	124 79.0%	0 0.0%	125 67.9%	14 70.0%	1,302 73.5%
被虐待疑い児童	273 21.7%	35 39.3%	8 17.8%	3 25.0%	15 9.6%	7 100.0%	58 31.5%	6 30.0%	405 22.9%
記載なし	41 3.3%	1 1.1%	2 4.4%	2 16.7%	18 11.5%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	65 3.7%
合計	1,258 100.0%	89 100.0%	45 100.0%	12 100.0%	157 100.0%	7 100.0%	184 100.0%	20 100.0%	1,772 100.0%

児童相談所が虐待と認定している被虐待児童は 1,302 名（73.5%）で、405 名（22.9%）は施設の判断として、虐待がある、または強く疑われる被虐待疑い児童であった。

以下、児童個人票の設問に沿って集計結果を示す。

集計は、被虐待児童および被虐待疑い児童を合わせた全被虐待児童（被虐待児）で行った。また、入所・入院の種類で契約・措置入所、保険入院、一時保護委託、その他を合わせて「入所」として集計した。

## 1. 被虐待児について（平成 28 年 6 月 1 日現在）

### 1) 現在の障害の種類と程度

#### 1)-1 療育手帳

	知的 (N=1,258)	盲ろう (N=89)	福・肢体 (N=45)	福・自閉 (N=12)	医・肢体 (N=157)	医・自閉 (N=7)	医・重症 (N=184)	国・重症 (N=20)	合計 (N=1,772)
あり	1,135 90.2%	59 66.3%	37 82.2%	12 100.0%	79 50.3%	1 14.3%	116 63.0%	13 65.0%	1,452 81.9%
なし	91 7.2%	27 30.3%	3 6.7%	0 0.0%	70 44.6%	6 85.7%	55 29.9%	5 25.0%	257 14.5%
回答なし	32 2.5%	3 3.4%	5 11.1%	0 0.0%	8 5.1%	0 0.0%	13 7.1%	2 10.0%	63 3.6%
合計	1,258 100.0%	89 100.0%	45 100.0%	12 100.0%	157 100.0%	7 100.0%	184 100.0%	20 100.0%	1,772 100.0%

#### 1)-1-1 療育手帳の級

	知的 (N=1,135)	盲ろう (N=59)	福・肢体 (N=37)	福・自閉 (N=12)	医・肢体 (N=79)	医・自閉 (N=1)	医・重症 (N=116)	国・重症 (N=13)	合計 (N=1,452)
最重度・重度	232 20.4%	12 20.3%	22 59.5%	6 50.0%	56 70.9%	0 0.0%	92 79.3%	9 69.2%	429 29.5%
中等度・軽度	768 67.7%	39 66.1%	13 35.1%	5 41.7%	10 12.7%	0 0.0%	4 3.4%	1 7.7%	840 57.9%
不明	135 11.9%	8 13.6%	2 5.4%	1 8.3%	13 16.5%	1 100.0%	20 17.2%	3 23.1%	183 12.6%
合計	1,135 100.0%	59 100.0%	37 100.0%	12 100.0%	79 100.0%	1 100.0%	116 100.0%	13 100.0%	1,452 100.0%

#### 1)-2 身体障害者手帳

	知的 (N=1,258)	盲ろう (N=89)	福・肢体 (N=45)	福・自閉 (N=12)	医・肢体 (N=157)	医・自閉 (N=7)	医・重症 (N=184)	国・重症 (N=20)	合計 (N=1,772)
あり	84 6.7%	42 47.2%	22 48.9%	0 0.0%	139 88.5%	0 0.0%	175 95.1%	19 95.0%	481 27.1%
なし	860 68.4%	32 36.0%	18 40.0%	9 75.0%	15 9.6%	7 100.0%	6 3.3%	0 0.0%	947 53.4%
回答なし	314 25.0%	15 16.9%	5 11.1%	3 25.0%	3 1.9%	0 0.0%	3 1.6%	1 5.0%	344 19.4%
合計	1,258 100.0%	89 100.0%	45 100.0%	12 100.0%	157 100.0%	7 100.0%	184 100.0%	20 100.0%	1,772 100.0%

## 1)-2-1 身体障害者手帳の級

	知的 (N=84)		盲ろう (N=42)		福・肢体 (N=22)		福・自閉 (N=0)		医・肢体 (N=139)		医・自閉 (N=0)		医・重症 (N=175)		国・重症 (N=19)		合計 (N=481)	
1級	23	27.4%	12	28.6%	11	50.0%	0		92	66.2%	0		141	80.6%	19	100.0%	298	62.0%
2級	24	28.6%	13	31.0%	4	18.2%	0		31	22.3%	0		21	12.0%	0	0.0%	93	19.3%
3級	20	23.8%	5	11.9%	3	13.6%	0		4	2.9%	0		6	3.4%	0	0.0%	38	7.9%
4級	7	8.3%	5	11.9%	2	9.1%	0		1	0.7%	0		1	0.6%	0	0.0%	16	3.3%
5級	2	2.4%	3	7.1%	1	4.5%	0		2	1.4%	0		0	0.0%	0	0.0%	8	1.7%
6級	5	6.0%	4	9.5%	0	0.0%	0		0	0.0%	0		0	0.0%	0	0.0%	9	1.9%
不明	3	3.6%	0	0.0%	1	4.5%	0		9	6.5%	0		6	3.4%	0	0.0%	19	4.0%
合計	84	100.0%	42	100.0%	22	100.0%	0		139	100.0%	0		175	100.0%	19	100.0%	481	100.0%

## 1)-3 精神障害者保健福祉手帳

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
あり	10	0.8%	0	0.0%	2	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	13	0.7%
なし	891	70.8%	59	66.3%	27	60.0%	8	66.7%	127	80.9%	5	71.4%	116	63.0%	18	90.0%	1,251	70.6%
回答なし	357	28.4%	30	33.7%	16	35.6%	4	33.3%	30	19.1%	1	14.3%	68	37.0%	2	10.0%	508	28.7%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

## 1)-4-1 重症児スコア（大島分類）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
該当あり	16	1.3%	0	0.0%	2	4.4%	0	0.0%	88	56.1%	0	0.0%	136	73.9%	18	90.0%	260	14.7%
該当なし	787	62.6%	55	61.8%	19	42.2%	9	75.0%	36	22.9%	7	100.0%	6	3.3%	1	5.0%	920	51.9%
回答なし	455	36.2%	34	38.2%	24	53.3%	3	25.0%	33	21.0%	0	0.0%	42	22.8%	1	5.0%	592	33.4%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

### 1)-4-1-1 大島分類の内訳（全施設 N=260）

大島分類	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	不明	合計
人数	151	20	8	5	10	12	1	4	2	5	3	2	0	5	0	0	1	4	3	7	3	5	3	2	0	4	260

## 1)-4-2 超重症児スコア

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
該当あり	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	37	23.6%	0	0.0%	66	35.9%	16	80.0%	120	6.8%
該当なし	781	62.1%	54	60.7%	20	44.4%	9	75.0%	77	49.0%	7	100.0%	60	32.6%	2	10.0%	1,010	57.0%
回答なし	476	37.8%	35	39.3%	25	55.6%	3	25.0%	43	27.4%	0	0.0%	58	31.5%	2	10.0%	642	36.2%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

### 1)-4-2-1 超重症児スコアの内訳（全施設 N=120）

超重症児スコア	0～9	10～24	25以上	合計
人数	49	39	32	120

## 1)-5 重症児横地分類

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
あり	14	1.1%	0	0.0%	2	4.4%	0	0.0%	30	19.1%	0	0.0%	76	41.3%	3	15.0%	125	7.1%
未測定	244	19.4%	5	5.6%	10	22.2%	4	33.3%	71	45.2%	6	85.7%	52	28.3%	11	55.0%	403	22.7%
該当しない	555	44.1%	49	55.1%	9	20.0%	5	41.7%	34	21.7%	1	14.3%	6	3.3%	3	15.0%	662	37.4%
回答なし	445	35.4%	35	39.3%	24	53.3%	3	25.0%	22	14.0%	0	0.0%	50	27.2%	3	15.0%	582	32.8%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

### 1)-5-1 重症児横地分類の内訳（全施設 N=125）

横地分類	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5	B6	C4	C6	D1	D2	D3	D6	E3	E4	E5	E6	不明	合計
人数	57	8	8	7	3	4	4	2	3	2	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	11	3	125

## 1)-6 障害支援区分

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
あり	29	2.3%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	18	9.8%	3	15.0%	52	2.9%
未決定	356	28.3%	16	18.0%	14	31.1%	5	41.7%	93	59.2%	7	100.0%	44	23.9%	1	5.0%	536	30.2%
該当しない	417	33.1%	37	41.6%	9	20.0%	4	33.3%	45	28.7%	0	0.0%	72	39.1%	14	70.0%	598	33.7%
回答なし	456	36.2%	36	40.4%	21	46.7%	3	25.0%	18	11.5%	0	0.0%	50	27.2%	2	10.0%	586	33.1%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

## 2)-1 調査時の年齢（回答なし：知的1名、医・重症1名、合計2名）

	知的 (N=1,257)	盲ろう (N=89)	福・肢体 (N=45)	福・自閉 (N=12)	医・肢体 (N=157)	医・自閉 (N=7)	医・重症 (N=183)	国・重症 (N=20)	合計 (N=1,770)
平均年齢	12.8	11.7	11.1	12.5	10.1	10.7	10.7	12.7	12.2
SD	3.0	3.7	3.9	2.3	3.7	2.0	4.3	4.0	3.4
最少年齢	2	2	2	8	1	7	1	3	1
最大年齢	19	19	19	17	19	13	19	19	19

## 2)-2 性別

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
男	791	62.9%	48	53.9%	27	60.0%	9	75.0%	84	53.5%	7	100.0%	100	54.3%	10	50.0%	1,076	60.7%
女	462	36.7%	41	46.1%	18	40.0%	3	25.0%	72	45.9%	0	0.0%	82	44.6%	10	50.0%	688	38.8%
回答なし	5	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	8	0.5%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

## 3) 入所時年齢（回答なし：知的13名、福・肢体2名、医・肢体1名、医・重症3名、合計19名）

	知的 (N=1,245)	盲ろう (N=89)	福・肢体 (N=43)	福・自閉 (N=12)	医・肢体 (N=156)	医・自閉 (N=7)	医・重症 (N=181)	国・重症 (N=20)	合計 (N=1,753)
平均年齢	9.2	7.7	6.9	10.3	4.3	10.4	4.5	4.3	8.1
SD	3.3	4.1	4.1	1.8	2.7	2.1	3.2	2.6	3.8
最小年齢	1	2	2	6	0	6	0	0	0
最大年齢	17	17	17	14	17	13	19	17	19

## 4) 入所経路（複数回答のため除外：知的5名、盲ろう2名、福・肢体1名、福・自閉1名、合計9名）

	知的 (N=1,253)		盲ろう (N=87)		福・肢体 (N=44)		福・自閉 (N=11)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,763)	
家庭から	470	37.5%	28	32.2%	10	22.7%	5	45.5%	48	30.6%	6	85.7%	54	29.3%	3	15.0%	624	35.4%
他の福祉型障害児入所施設から	61	4.9%	6	6.9%	2	4.5%	2	18.2%	1	0.6%	0	0.0%	3	1.6%	1	5.0%	76	4.3%
他の医療型障害児入所施設	27	2.2%	1	1.1%	5	11.4%	0	0.0%	14	8.9%	0	0.0%	18	9.8%	2	10.0%	67	3.8%
病院等医療機関から	35	2.8%	2	2.3%	4	9.1%	1	9.1%	50	31.8%	0	0.0%	56	30.4%	11	55.0%	159	9.0%
乳児院から	90	7.2%	19	21.8%	7	15.9%	0	0.0%	39	24.8%	0	0.0%	46	25.0%	3	15.0%	204	11.6%
児童養護施設から	151	12.1%	6	6.9%	2	4.5%	3	27.3%	2	1.3%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	165	9.4%
児童自立支援施設から	12	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	0.7%
情緒障害児短期治療施設から	16	1.3%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17	1.0%
母子生活支援施設から	6	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.3%
里親家庭から	10	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	0.6%
学校寄宿舎から	6	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.3%
児童相談所一時保護所から	317	25.3%	21	24.1%	8	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	3	1.6%	0	0.0%	350	19.9%
その他	38	3.0%	3	3.4%	5	11.4%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	50	2.8%
回答なし	14	1.1%	0	0.0%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	16	0.9%
合計	1,253	100.0%	87	100.0%	44	100.0%	11	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,763	100.0%

## 4)-1 「その他」の内容（全施設 N=50）

一時保護委託から 30 名、短期入所から 4 名、親族宅から 4 名、ファミリーホームから 2 名、障害者支援施設から 2 名、記載なし 8 名

家庭から入所した被虐待児が最も多く 624 名 (35.4%) で、次いで児童相談所一時保護所が 350 名 (19.9%) であった。また、医療機関からの入所は全体では 159 名 (9.0%) であったが、医療型施設では、「医・肢体」31.8%、「医・重症」30.4%、「国・重症」55.0%であった。障害児入所施設以外の児童入所施設では、乳児院が最も多く 204 名 (11.6%) であった。

## 5) 虐待を受ける前の基礎疾患、障害の有無

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
不明	105	8.3%	3	3.4%	7	15.6%	0	0.0%	10	6.4%	6	85.7%	16	8.7%	3	15.0%	150	8.5%
なし	49	3.9%	11	12.4%	4	8.9%	0	0.0%	25	15.9%	0	0.0%	50	27.2%	3	15.0%	142	8.0%
あり	1,090	86.6%	74	83.1%	34	75.6%	12	100.0%	122	77.7%	1	14.3%	114	62.0%	14	70.0%	1,461	82.4%
回答なし	14	1.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	19	1.1%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

1,461名（82.4％）は虐待を受ける前に基礎疾患、障害があったが、142名（8.0％）は虐待を受ける前には基礎疾患、障害がなかった。施設の種別では、虐待を受ける前に基礎疾患、障害がなかったのは「知的」3.9％であるが、「医・肢体」15.9％、「医・重症」27.2％、「国・重症」15.0％となっており、虐待の後遺症として、身体障害が生じていることが示されている。

### 5)-1 基礎疾患、障害の内容

#### 5)-1-1【S：主に身体障害者手帳関係の疾患・障害】

（複数回答のため除外：知的15名、盲ろう5名、医・肢体12名、医・重症14名、合計46名）

	知的 (N=1,075)		盲ろう (N=69)		福・肢体 (N=34)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=110)		医・自閉 (N=1)		医・重症 (N=100)		国・重症 (N=14)		合計 (N=1,415)	
S1 脳性麻痺	13	1.2%	0	0.0%	7	20.6%	0	0.0%	42	38.2%	0	0.0%	41	41.0%	7	50.0%	110	7.8%
S2 頭部外傷後遺症	5	0.5%	1	1.4%	1	2.9%	0	0.0%	5	4.5%	0	0.0%	8	8.0%	0	0.0%	20	1.4%
S3 頭蓋内感染症(急性脳症を含む)後遺症	1	0.1%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	5	4.5%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	9	0.6%
S4 二分脊椎またはその他の脊髄損傷	2	0.2%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	9	8.2%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	14	1.0%
S5 神経筋疾患	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	5.5%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	9	0.6%
S6 先天性四肢形成不全症	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
S7 骨関節疾患	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.7%	0	0.0%	1	1.0%	1	7.1%	6	0.4%
S8 その他先天性疾患	21	2.0%	2	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	12	10.9%	0	0.0%	14	14.0%	0	0.0%	49	3.5%
S9 視覚障害	4	0.4%	9	13.0%	2	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	1.1%
S10 聴覚障害	9	0.8%	18	26.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	29	2.0%
S11 音声・言語障害、嚥下障害	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	4	0.3%
S12 内部障害(心臓・呼吸・腎臓・泌尿器)	18	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.7%	0	0.0%	5	5.0%	0	0.0%	26	1.8%
S13 その他	55	5.1%	2	2.9%	3	8.8%	2	16.7%	11	10.0%	0	0.0%	20	20.0%	4	28.6%	97	6.9%
S14 Sに関しては不明	48	4.5%	3	4.3%	3	8.8%	2	16.7%	3	2.7%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	60	4.2%
S15 Sに関する疾患・障害なし	474	44.1%	24	34.8%	5	14.7%	8	66.7%	4	3.6%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	517	36.5%
回答なし	419	39.0%	10	14.5%	11	32.4%	0	0.0%	5	4.5%	1	100.0%	1	1.0%	2	14.3%	449	31.7%
合計	1,075	100.0%	69	100.0%	34	100.0%	12	100.0%	110	100.0%	1	100.0%	100	100.0%	14	100.0%	1,415	100.0%

#### 5)-1-2【R：主に、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳関係の疾患・障害】

（複数回答のため除外：知的226名、盲ろう3名、福・肢体3名、福・自閉7名、医・肢体2名、医・重症7名、合計248名）

	知的 (N=864)		盲ろう (N=71)		福・肢体 (N=31)		福・自閉 (N=5)		医・肢体 (N=120)		医・自閉 (N=1)		医・重症 (N=107)		国・重症 (N=14)		合計 (N=1,213)	
R1 知的障害	729	84.4%	45	63.4%	25	80.6%	0	0.0%	77	64.2%	0	0.0%	60	56.1%	11	78.6%	947	78.1%
R2 染色体異常	15	1.7%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.3%	0	0.0%	6	5.6%	0	0.0%	26	2.1%
R3 自閉症スペクトラム障害	67	7.8%	7	9.9%	1	3.2%	5	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	81	6.7%
R4 学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5 注意欠如多動性障害(ADHD)	22	2.5%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	2.0%
R6 高次脳機能障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	2	0.2%
R7 その他	7	0.8%	2	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	9	8.4%	0	0.0%	20	1.6%
R8 Rに関しては不明	6	0.7%	2	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	11	9.2%	0	0.0%	3	2.8%	0	0.0%	22	1.8%
R9 Rに関する疾患・障害なし	8	0.9%	6	8.5%	1	3.2%	0	0.0%	9	7.5%	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	26	2.1%
回答なし	10	1.2%	7	9.9%	4	12.9%	0	0.0%	16	13.3%	0	0.0%	25	23.4%	3	21.4%	65	5.4%
合計	864	100.0%	71	100.0%	31	100.0%	5	100.0%	120	100.0%	1	100.0%	107	100.0%	14	100.0%	1,213	100.0%

基礎疾患、障害の内容は、設問で「SとRからそれぞれ1つのみ選択」としたため、複数回答は除外して集計した。それぞれの基礎疾患・障害の割合は、本来なら総人数に占める割合を計算するべきであるが、複数回答を除外したため、1つのみ回答した人数に占める割合を計算した。このため、それぞれの割合は、総人数での割合を反映していない。



## 6) 初めて虐待が生じた年齢

(回答なし：知的 96 名、盲ろう 5 名、福・肢体 1 名、福・自閉 2 名、医・肢体 9 名、医・重症 7 名、国・重症 1 名、合計 121 名)

	知的 (N=507)	盲ろう (N=48)	福・肢体 (N=29)	福・自閉 (N=9)	医・肢体 (N=85)	医・自閉 (N=2)	医・重症 (N=116)	国・重症 (N=10)	合計 (N=806)
平均年齢	4.9	3.4	3.4	9.9	1.7	6.5	1.6	1.6	3.9
SD	3.7	3.2	3.3	3.0	2.0	2.5	2.2	1.7	3.6
最少年齢	0	0	0	3	0	4	0	0	0
最大年齢	16	16	13	15	15	9	14	5	16
不明(人数)	655	36	15	1	63	5	61	9	845

初めて虐待が生じた年齢は、全体では平均 3.9 歳であるが、「医・肢体」、「医・重症」、「国・重症」では、1 歳代であった。設問 4)、5) の結果を合すると、これらの施設では、虐待前に基礎疾患、障害がなかった割合が他の施設よりも多く、乳幼児期に虐待をうけ、身体障害が発生し医療機関へ入院、その後障害児施設へ入所という状況が考えられる。

## 7) 虐待の種類 (主たる虐待：一つのみ回答、従たる虐待：複数回答)

### 7)-1 主たる虐待の種類

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
身体的虐待	194	15.4%	19	21.3%	9	20.0%	2	16.7%	8	5.1%	1	14.3%	18	9.8%	3	15.0%	254	14.3%
性的虐待	33	2.6%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	37	2.1%
ネグレクト	269	21.4%	11	12.4%	6	13.3%	4	33.3%	35	22.3%	1	14.3%	13	7.1%	2	10.0%	341	19.2%
心理的虐待	29	2.3%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	34	1.9%
回答なし	733	58.3%	54	60.7%	29	64.4%	5	41.7%	112	71.3%	5	71.4%	153	83.2%	15	75.0%	1,106	62.4%

### 7)-2 従たる虐待の種類

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
身体的虐待	346	27.5%	29	32.6%	21	46.7%	4	33.3%	49	31.2%	5	71.4%	65	35.3%	3	15.0%	522	29.5%
性的虐待	58	4.6%	3	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	64	3.6%
ネグレクト	584	46.4%	42	47.2%	21	46.7%	2	16.7%	69	43.9%	0	0.0%	93	50.5%	12	60.0%	823	46.4%
心理的虐待	215	17.1%	20	22.5%	8	17.8%	2	16.7%	8	5.1%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	254	14.3%
回答なし	304	24.2%	21	23.6%	8	17.8%	5	41.7%	40	25.5%	2	28.6%	33	17.9%	5	25.0%	418	23.6%

### 7)-3 主および従たる虐待の種類の合計

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
身体的虐待	540	42.9%	48	53.9%	30	66.7%	6	50.0%	57	36.3%	6	85.7%	83	45.1%	6	30.0%	776	43.8%
性的虐待	91	7.2%	5	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	101	5.7%
ネグレクト	853	67.8%	53	59.6%	27	60.0%	6	50.0%	104	66.2%	1	14.3%	106	57.6%	14	70.0%	1,164	65.7%
心理的虐待	244	19.4%	23	25.8%	9	20.0%	3	25.0%	8	5.1%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	288	16.3%
回答なし*	61	4.8%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	8	4.3%	0	0.0%	72	4.1%

\*：主たる虐待と従たる虐待のいずれにも回答なし

主たる虐待では回答なしが 62.4%あり、主たる虐待と従たる虐待の区別が困難であったことが考えられる。主および従たる虐待の合計では、ネグレクトが 1,164 名 (65.7%) と最も多く、身体的虐待が 776 名 (43.8%) であった。

## 8) 入所の種類

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
措置入所	1,134	90.1%	77	86.5%	44	97.8%	10	83.3%	142	90.4%	2	28.6%	163	88.6%	17	85.0%	1,589	89.7%
契約入所	95	7.6%	8	9.0%	1	2.2%	2	16.7%	9	5.7%	5	71.4%	14	7.6%	3	15.0%	137	7.7%
一般保険入院	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
一時保護委託	14	1.1%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	5	3.2%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	26	1.5%
その他	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	5	0.3%
回答なし	11	0.9%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	14	0.8%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

137 名（7.7%）が契約入所であり、施設調査票と同様に契約で入所している被虐待児がみられた。

## 9) 入所の目的（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
基礎疾患(合併症も含む)の治療や訓練	399	31.7%	26	29.2%	15	33.3%	12	100.0%	121	77.1%	7	100.0%	121	65.8%	11	55.0%	712	40.2%
保護	1,060	84.3%	76	85.4%	42	93.3%	8	66.7%	127	80.9%	0	0.0%	121	65.8%	16	80.0%	1,450	81.8%
その他	32	2.5%	2	2.2%	2	4.4%	1	8.3%	1	0.6%	0	0.0%	5	2.7%	1	5.0%	44	2.5%
回答なし	61	4.8%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	8	5.1%	0	0.0%	12	6.5%	0	0.0%	84	4.7%

### 9)-1 「その他」の内容（自由記載であるが、類似した内容をカテゴリーに分類して集計した）

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・重症
問題行動への対処や自立支援などに関する事	15	1				
通学・進学・進路などに関する事	8				1	
施設変更	4		2			4
親子関係の改善などに関する事	6	1		1		1

保護が 1,450 名（81.8%）であり、障害児入所施設が虐待された障害児に対し、社会的養護としての役割を果たしていることが示された。「基礎疾患の治療や訓練」は、医療型施設で多くみられたが、「福・自閉」では 100%、その他の福祉型施設でも 30%前後みられた。これらの施設では「その他」の内容として、問題行動に対する生活訓練や自立支援が記載されており、医療行為以外で療育としての支援や訓練が行われていると考えられる。

## 10) 虐待を受けた後の現在の基礎疾患、障害

### 10)-1 【S：主に身体障害者手帳関係の疾患・障害】

（複数回答のため除外：知的 8 名、盲ろう 6 名、福・肢体 3 名、医・肢体 17 名、医・重症 18 名、国・重症 1 名、合計 53 名）

	知的 (N=1,250)		盲ろう (N=83)		福・肢体 (N=42)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=140)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=166)		国・重症 (N=19)		合計 (N=1,719)	
S1 脳性麻痺	15	1.2%	0	0.0%	5	11.9%	0	0.0%	48	34.3%	0	0.0%	51	30.7%	10	52.6%	129	7.5%
S2 頭部外傷後遺症	13	1.0%	2	2.4%	6	14.3%	0	0.0%	31	22.1%	0	0.0%	55	33.1%	1	5.3%	108	6.3%
S3 頭蓋内感染症(急性脳症を含む)後遺症	1	0.1%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	4	2.9%	0	0.0%	6	3.6%	1	5.3%	13	0.8%
S4 二分脊椎またはその他の脊髄損傷	2	0.2%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	11	7.9%	0	0.0%	2	1.2%	0	0.0%	16	0.9%
S5 神経筋疾患	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	4.3%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	9	0.5%
S6 先天性四肢形成不全症	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
S7 骨関節疾患	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.1%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	5	0.3%
S8 その他先天性疾患	11	0.9%	2	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	11	7.9%	0	0.0%	11	6.6%	0	0.0%	35	2.0%
S9 視覚障害	3	0.2%	16	19.3%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	20	1.2%
S10 聴覚障害	10	0.8%	20	24.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	32	1.9%
S11 音声・言語障害、嚥下障害	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	4	0.2%
S12 内部障害(心臓・呼吸・腎臓・泌尿器)	10	0.8%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.4%	0	0.0%	5	3.0%	0	0.0%	18	1.0%
S13 その他	54	4.3%	3	3.6%	4	9.5%	2	16.7%	14	10.0%	0	0.0%	21	12.7%	5	26.3%	103	6.0%
S14 Sに関する疾患・障害なし	561	44.9%	27	32.5%	7	16.7%	9	75.0%	5	3.6%	2	28.6%	4	2.4%	0	0.0%	615	35.8%
回答なし	563	45.0%	12	14.5%	17	40.5%	1	8.3%	3	2.1%	5	71.4%	8	4.8%	2	10.5%	611	35.5%
合計	1,250	100.0%	83	100.0%	42	100.0%	12	100.0%	140	100.0%	7	100.0%	166	100.0%	19	100.0%	1,719	100.0%



## 10)-2 【R：主に、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳関係の疾患・障害】

(複数回答のため除外：知的 232 名、盲ろう 1 名、福・肢体 1 名、福・自閉 7 名、医・肢体 2 名、医・自閉 3 名、医・重症 6 名、国・重症 1 名、合計 253 名)

	知的 (N=1,026)		盲ろう (N=88)		福・肢体 (N=44)		福・自閉 (N=5)		医・肢体 (N=155)		医・自閉 (N=4)		医・重症 (N=178)		国・重症 (N=19)		合計 (N=1,519)	
R1 知的障害	795	77.5%	49	55.7%	32	72.7%	0	0.0%	103	66.5%	0	0.0%	98	55.1%	14	73.7%	1,091	71.8%
R2 染色体異常	12	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	19	1.3%
R3 自閉症スペクトラム障害	68	6.6%	7	8.0%	0	0.0%	4	80.0%	1	0.6%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	82	5.4%
R4 学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5 注意欠如多動性障害(ADHD)	21	2.0%	2	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	25	1.6%
R6 高次脳機能障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	3	1.7%	0	0.0%	4	0.3%
R7 その他	15	1.5%	4	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	4	2.6%	0	0.0%	9	5.1%	0	0.0%	32	2.1%
R8 Rに関する疾患・障害なし	34	3.3%	13	14.8%	6	13.6%	0	0.0%	10	6.5%	0	0.0%	5	2.8%	0	0.0%	68	4.5%
回答なし	81	7.9%	13	14.8%	6	13.6%	1	20.0%	33	21.3%	0	0.0%	59	33.1%	5	26.3%	198	13.0%
合計	1,026	100.0%	88	100.0%	44	100.0%	5	100.0%	155	100.0%	4	100.0%	178	100.0%	19	100.0%	1,519	100.0%

基礎疾患、障害の内容は、設問で「S と R からそれぞれ 1 つのみ選択」としたため、複数回答は除外して集計した。それぞれの基礎疾患・障害の割合は、本来なら総人数に占める割合を計算するべきであるが、複数回答を除外したため、1 つのみ回答した人数に占める割合を計算した。このため、それぞれの割合は、総人数での割合を反映していない。

## 11) 虐待と現在の基礎疾患、障害（主となる診断名）との関係

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
もともと正常だったが、虐待の結果、基礎疾患、障害が生じた	16	1.3%	7	7.9%	4	8.9%	0	0.0%	31	19.7%	0	0.0%	50	27.2%	1	5.0%	109	6.2%
もともと基礎疾患、障害があり、虐待の結果、基礎疾患、障害の程度が悪化した、もしくは、新たな基礎疾患、障害が生じた	106	8.4%	6	6.7%	5	11.1%	3	25.0%	9	5.7%	2	28.6%	16	8.7%	3	15.0%	150	8.5%
もともと基礎疾患、障害があり、虐待の後でも程度の変化はない	746	59.3%	60	67.4%	14	31.1%	9	75.0%	99	63.1%	2	28.6%	82	44.6%	11	55.0%	1,023	57.7%
虐待が原因であるとの証拠はないが、関連が強く疑われる	110	8.7%	9	10.1%	2	4.4%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	12	6.5%	2	10.0%	138	7.8%
その他	16	1.3%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	7	4.5%	0	0.0%	6	3.3%	0	0.0%	30	1.7%
不明	221	17.6%	5	5.6%	18	40.0%	0	0.0%	8	5.1%	3	42.9%	13	7.1%	0	0.0%	268	15.1%
回答なし	43	3.4%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.7%	3	15.0%	54	3.0%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

虐待によって以前からの基礎疾患や障害の程度に変化がなかったのは 1,023 名 (57.7%) であり、397 名 (22.4%) は虐待の結果 (強い疑いを含む)、基礎疾患や障害が生じたり、その程度が悪化していた。施設の種類の別では、設問 5) で虐待を受ける前に基礎疾患や障害がなかったのが、「医・肢体」、「医・重症」、「国・重症」で多くみられたことと同じように、これらの施設では基礎疾患や障害の発生や悪化が多くみられた。

### 11)-1 「その他」の内容 (全施設 回答数 13)

- ・虐待による心理的影響は大きい。
- ・もともとの障害はあったが、虐待による情緒面への影響が大きい。
- ・基礎となる障害はあったが、虐待による心理的影響は大きい。
- ・妊娠中医師の指示に従わず違反行為を繰り返し、出生時脳出血を起こし障害が残った。
- ・ネグレクトが疑われ、腋臭や歯肉炎、虫歯など、細部の症状には気付いてもらえず、眼鏡も小 6 で作成されたきり視力が合わなくなって、視力が落ちた要因にはなっていると思われる。
- ・もともと障害があったが、入所後ある程度の改善がみられた。
- ・反応性愛着障害と診断あり。
- ・生後まもなく乳児院保護、それ以降集団療育。
- ・退行しているも虐待が原因かは不明。
- ・本児の特性に応じた診察や療育を幼児期からきちんと受けさせていれば、成長発達がもっと早くみられた可能性。
- ・医師による食事の指導に従えず、体重が減少していた。
- ・健診未受診、墜落分娩(トイレ)による頭部外傷。
- ・家庭内性的虐待のため、出生時に多くの疾患があり重度重複障がいが生じた。

## 12) 虐待を受けた後の現在の合併症の診断名と虐待との関係（全施設）

虐待との関係	知的障害 (N=1,269)		運動障害 (N=539)		視覚障害 (N=381)		聴覚障害 (N=352)		てんかん (N=415)	
虐待後、後遺症として合併症が生じた	111	8.7%	109	20.2%	64	16.8%	27	7.7%	86	20.7%
虐待後、後遺症として合併症の程度がさらに強くなった	63	5.0%	12	2.2%	2	0.5%	0	0.0%	3	0.7%
虐待後でも合併症の程度は変化していない	710	55.9%	256	47.5%	169	44.4%	178	50.6%	180	43.4%
不明	385	30.3%	162	30.1%	146	38.3%	147	41.8%	146	35.2%
合計	1,269	100.0%	539	100.0%	381	100.0%	352	100.0%	415	100.0%

## 2. 保護者（虐待者）および家庭について

### 13) 入所時の家庭の状況

#### 13)-1 保護者の状況

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
両親又は父母のどちらかあり	1,205	95.8%	82	92.1%	45	100.0%	12	100.0%	155	98.7%	7	100.0%	179	97.3%	18	90.0%	1,703	96.1%
両親ともいない	19	1.5%	4	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	24	1.4%
両親とも不明	15	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	1	5.0%	19	1.1%
回答なし	19	1.5%	3	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	1	5.0%	26	1.5%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

#### 13)-1-1 「両親又は父母のどちらかあり」について

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
実父母あり	478	38.0%	33	37.1%	13	28.9%	7	58.3%	90	57.3%	6	85.7%	106	57.6%	11	55.0%	744	42.0%
実父のみ	95	7.6%	8	9.0%	4	8.9%	1	8.3%	9	5.7%	0	0.0%	10	5.4%	1	5.0%	128	7.2%
実母のみ	459	36.5%	27	30.3%	22	48.9%	3	25.0%	43	27.4%	1	14.3%	50	27.2%	5	25.0%	610	34.4%
実父・養(継)母	37	2.9%	4	4.5%	1	2.2%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	48	2.7%
養(継)父・実母	128	10.2%	10	11.2%	5	11.1%	1	8.3%	9	5.7%	0	0.0%	8	4.3%	0	0.0%	161	9.1%
養(継)父・養(継)母	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	2	0.1%
養(継)父のみ	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.2%
養(継)母のみ	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
回答なし	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	6	0.3%
合計	1,205	95.8%	82	92.1%	45	100.0%	12	100.0%	155	98.7%	7	100.0%	179	97.3%	18	90.0%	1,703	96.1%

入所時に 1,703 名 (96.1%) は両親または父母のどちらかがあったが、実父母があったのは 744 名 (42.0%) で、610 名 (34.4%) は実母のみであった。

#### 13)-1-2 「両親ともいない」、「両親とも不明」について（全施設）（複数回答）

祖父母	15	34.9%
養(継)父母の親	0	0.0%
兄・姉	4	9.3%
養兄・養姉	0	0.0%
伯(叔)父母	5	11.6%
義伯(叔)父母	0	0.0%
里親	1	2.3%
その他	7	16.3%
なし	0	0.0%
不明	2	4.7%
回答なし	13	30.2%

### 13)-2-1 世帯人数

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
0人	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%
1人	64	5.1%	3	3.4%	1	2.2%	0	0.0%	5	3.2%	0	0.0%	9	4.9%	1	5.0%	83	4.7%
2人	191	15.2%	16	18.0%	6	13.3%	0	0.0%	19	12.1%	0	0.0%	17	9.2%	2	10.0%	251	14.2%
3人	304	24.2%	21	23.6%	15	33.3%	3	25.0%	25	15.9%	1	14.3%	38	20.7%	3	15.0%	410	23.1%
4人	281	22.3%	17	19.1%	10	22.2%	4	33.3%	44	28.0%	5	71.4%	43	23.4%	5	25.0%	409	23.1%
5人	169	13.4%	13	14.6%	9	20.0%	3	25.0%	27	17.2%	1	14.3%	31	16.8%	2	10.0%	255	14.4%
6人	87	6.9%	5	5.6%	2	4.4%	1	8.3%	17	10.8%	0	0.0%	14	7.6%	2	10.0%	128	7.2%
7人	45	3.6%	8	9.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	66	3.7%
8人	18	1.4%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	26	1.5%
9人	12	1.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	18	1.0%
10人	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
11人	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	3	0.2%
12人	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
13人	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
14人	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	1	5.0%	2	0.1%
回答なし	81	6.4%	2	2.2%	1	2.2%	1	8.3%	11	7.0%	0	0.0%	16	8.7%	4	20.0%	116	6.5%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

### 13)-2-2 児童数（満 18 歳未満）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
0人	97	7.7%	5	5.6%	2	4.4%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	11	6.0%	0	0.0%	121	6.8%
1人	376	29.9%	29	32.6%	15	33.3%	3	25.0%	40	25.5%	2	28.6%	53	28.8%	8	40.0%	526	29.7%
2人	364	28.9%	22	24.7%	15	33.3%	6	50.0%	47	29.9%	4	57.1%	43	23.4%	4	20.0%	505	28.5%
3人	174	13.8%	13	14.6%	8	17.8%	2	16.7%	23	14.6%	1	14.3%	34	18.5%	2	10.0%	257	14.5%
4人	76	6.0%	6	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	10	6.4%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	102	5.8%
5人	37	2.9%	5	5.6%	2	4.4%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	8	4.3%	0	0.0%	58	3.3%
6人	9	0.7%	3	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	16	0.9%
7人	11	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	14	0.8%
8人	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
9人	1	0.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%
10人	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	2	0.1%
11人	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
12人	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
回答なし	110	8.7%	5	5.6%	3	6.7%	1	8.3%	21	13.4%	0	0.0%	21	11.4%	6	30.0%	167	9.4%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

世帯人数および児童数については、設問で、入所している被虐待児を含めるかどうか記載していなかったため、回答された人数が被虐待児を含めているか、除いているか不明である。

### 13)-2-3 課税状況

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
生活保護受給	267	21.2%	27	30.3%	11	24.4%	2	16.7%	22	14.0%	0	0.0%	28	15.2%	2	10.0%	359	20.3%
所得税課税	293	23.3%	26	29.2%	12	26.7%	9	75.0%	50	31.8%	3	42.9%	57	31.0%	3	15.0%	453	25.6%
非課税	76	6.0%	9	10.1%	3	6.7%	0	0.0%	26	16.6%	0	0.0%	11	6.0%	0	0.0%	125	7.1%
その他	9	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9	0.5%
不明	419	33.3%	14	15.7%	16	35.6%	0	0.0%	32	20.4%	3	42.9%	55	29.9%	7	35.0%	546	30.8%
回答なし	194	15.4%	13	14.6%	3	6.7%	1	8.3%	27	17.2%	1	14.3%	33	17.9%	8	40.0%	280	15.8%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

### 13)-3 父母の状況 (全施設 N=1,772)

#### 13)-3-1 実父の同別居等の区分及び理由

①同居	713	40.2%
②死亡	65	3.7%
死亡の理由 (N=65)		
病死	47	72.3%
交通事故死	1	1.5%
その他	9	13.8%
回答なし	8	12.3%
③別居	694	39.2%
別居の理由 (N=694)		
離婚	508	73.2%
長期入院	7	1.0%
長期拘束	23	3.3%
長期就労	17	2.4%
その他	100	14.4%
回答なし	39	5.6%
④行方不明	175	9.9%
⑤回答なし	125	7.1%
合計	1,772	100.0%

#### 13)-3-2 実母の同別居等の区分及び理由

①同居	1,137	64.2%
②死亡	37	2.1%
死亡の理由 (N=37)		
病死	28	75.7%
交通事故死	0	0.0%
その他	7	18.9%
回答なし	2	5.4%
③別居	382	21.6%
別居の理由 (N=382)		
離婚	176	46.1%
長期入院	26	6.8%
長期拘束	10	2.6%
長期就労	3	0.8%
その他	161	42.1%
回答なし	11	2.9%
(複数回答)		
④行方不明	75	4.2%
⑤回答なし	141	8.0%
合計	1,772	100.0%

### 14) 虐待者

#### 14)-1 主たる虐待者 (1名のみ回答)

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
実父	225	17.9%	22	24.7%	5	11.1%	5	41.7%	23	14.6%	2	28.6%	30	16.3%	2	10.0%	314	17.7%
実母	517	41.1%	33	37.1%	21	46.7%	5	41.7%	93	59.2%	2	28.6%	78	42.4%	10	50.0%	759	42.8%
継父	37	2.9%	5	5.6%	0	0.0%	1	8.3%	3	1.9%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	49	2.8%
継母	6	0.5%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	12	0.7%
祖父	5	0.4%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.3%
祖母	7	0.6%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	9	0.5%
その他の家族	10	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	13	0.7%
親戚	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
同居人	6	0.5%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	9	0.5%
その他	12	1.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	0.8%
不明	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	5	0.3%
回答なし	435	34.6%	25	28.1%	16	35.6%	1	8.3%	32	20.4%	3	42.9%	69	37.5%	8	40.0%	589	33.2%
合計	1,264	*	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	185	*	21	*	1,780	*

\* : 複数回答

注 : 主たる虐待者には、虐待者を2名(実父と実母)記入した回答8つ(知的6つ、医・重症1つ、国・重症1つ)を含む

#### 14)-2 従たる虐待者（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
実父	281	22.3%	17	19.1%	8	17.8%	2	16.7%	56	35.7%	3	42.9%	42	22.8%	7	35.0%	416	23.5%
実母	451	35.9%	25	28.1%	14	31.1%	2	16.7%	39	24.8%	2	28.6%	59	32.1%	4	20.0%	596	33.6%
継父	58	4.6%	5	5.6%	3	6.7%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	70	4.0%
継母	17	1.4%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19	1.1%
祖父	31	2.5%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	4	2.2%	1	5.0%	40	2.3%
祖母	51	4.1%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	2	1.1%	1	5.0%	61	3.4%
その他の家族	57	4.5%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	3	1.9%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	66	3.7%
親戚	13	1.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	0.8%
同居人	20	1.6%	1	1.1%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	22	1.2%
その他	20	1.6%	0	0.0%	2	4.4%	0	0.0%	5	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	27	1.5%
不明	32	2.5%	0	0.0%	4	8.9%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	30	16.3%	2	10.0%	72	4.1%
回答なし	396	31.5%	36	40.4%	17	37.8%	8	66.7%	60	38.2%	2	28.6%	62	33.7%	7	35.0%	588	33.2%

#### 14)-3 主および従たる虐待者の合計

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
実父	506	40.2%	39	43.8%	13	28.9%	7	58.3%	79	50.3%	5	71.4%	72	39.1%	9	45.0%	730	41.2%
実母	968	76.9%	58	65.2%	35	77.8%	7	58.3%	132	84.1%	4	57.1%	137	74.5%	14	70.0%	1,355	76.5%
継父	95	7.6%	10	11.2%	3	6.7%	1	8.3%	5	3.2%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	119	6.7%
継母	23	1.8%	4	4.5%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	31	1.7%
祖父	36	2.9%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	4	2.2%	1	5.0%	46	2.6%
祖母	58	4.6%	2	2.2%	2	4.4%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	3	1.6%	1	5.0%	70	4.0%
その他の家族	67	5.3%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	79	4.5%
親戚	14	1.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	0.8%
同居人	26	2.1%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	31	1.7%
その他	32	2.5%	0	0.0%	3	6.7%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	41	2.3%
不明*	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
回答なし*	22	1.7%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	24	1.4%

\*：主たる虐待者、従たる虐待者のいずれも不明あるいは回答なしの人数

主たる虐待者と従たる虐待者について回答なしがそれぞれ 30%以上あり、それらの判断が困難だったことが考えられる。それぞれの虐待者の合計では、実母が 1,355 名（76.5%）で最も多くみられた。障害児の養育は母親が担っていることが多く、設問 7) の虐待の種類としてネグレクトが 65.7%と最も多いため、母親が虐待者と判断されていると考えられる。

14)-3 の「その他の家族」の内容（全施設 N=79）（複数回答）：兄弟・姉妹 63、叔父・叔母 13

14)-3 の「その他」の内容（全施設 N=41）（複数回答）：交際相手など 27、知人 3、里親 3、  
近所の男性 5、養祖父 1

#### 15) 入所時の主たる虐待者の離婚歴（全施設 N=1,772）

①離婚あり	674	38.0%
離婚回数 (N=674)		
1回	514	76.3%
2回	91	13.5%
3回	25	3.7%
4回	6	0.9%
5回	3	0.4%
不明	13	1.9%
回答なし	22	3.3%
②離婚なし	629	35.5%
③不明	405	22.9%
④回答なし	64	3.6%
合計	1,772	100.0%

## 16) 入所時の従たる虐待者の離婚歴（全施設 N=1,342）

①離婚あり	314	23.4%
離婚回数 (N=314)		
1回	234	74.5%
2回	36	11.5%
3回	9	2.9%
4回	2	0.6%
②離婚なし	544	40.5%
③不明	484	36.1%
離婚歴の回答があった 従たる虐待者の合計	1,342	100.0%

## 17) 虐待発生時から現在までの同胞への虐待またはその疑い

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待あり	273	21.7%	22	24.7%	7	15.6%	0	0.0%	17	10.8%	0	0.0%	20	10.9%	0	0.0%	339	19.1%
虐待の疑いあり	168	13.4%	16	18.0%	7	15.6%	0	0.0%	26	16.6%	3	42.9%	21	11.4%	1	5.0%	242	13.7%
虐待なし	267	21.2%	25	28.1%	6	13.3%	7	58.3%	61	38.9%	0	0.0%	50	27.2%	5	25.0%	421	23.8%
同胞なし	164	13.0%	13	14.6%	5	11.1%	2	16.7%	26	16.6%	2	28.6%	26	14.1%	2	10.0%	240	13.5%
不明	288	22.9%	13	14.6%	20	44.4%	3	25.0%	27	17.2%	2	28.6%	53	28.8%	12	60.0%	418	23.6%
回答なし	102	8.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	16	8.7%	0	0.0%	119	6.7%
合計	1,262	*	90	*	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	186	*	20	100.0%	1,779	*

＊：複数回答

注：複数回答7つ（知的4つ、盲ろう1つ、医・重症2つ）あり

### 17)-1 虐待あり、または虐待の疑いありの場合、同胞への虐待の種類（全施設 N=581）（複数回答）

身体的虐待	174	29.9%
性的虐待	31	5.3%
ネグレクト	300	51.6%
心理的虐待	71	12.2%
回答なし	125	21.5%

同胞への虐待は疑いを含めて 581 名（32.8%）にみられ、虐待の種類では、ネグレクトが 300 名（51.6%）で最も多くみられた。

## 18) 虐待発生時の虐待者への公的な対応（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
①児童相談所等対応 (福祉指導など)																		
あり	963	76.6%	76	85.4%	36	80.0%	8	66.7%	136	86.6%	6	85.7%	151	82.1%	11	55.0%	1,387	78.3%
なし	88	7.0%	4	4.5%	0	0.0%	3	25.0%	10	6.4%	0	0.0%	9	4.9%	1	5.0%	115	6.5%
不明	122	9.7%	3	3.4%	8	17.8%	0	0.0%	8	5.1%	1	14.3%	12	6.5%	7	35.0%	161	9.1%
②警察介入																		
あり	149	11.8%	15	16.9%	7	15.6%	2	16.7%	18	11.5%	1	14.3%	41	22.3%	1	5.0%	234	13.2%
なし	302	24.0%	19	21.3%	4	8.9%	6	50.0%	57	36.3%	4	57.1%	43	23.4%	1	5.0%	436	24.6%
不明	121	9.6%	6	6.7%	5	11.1%	0	0.0%	8	5.1%	1	14.3%	8	4.3%	3	15.0%	152	8.6%
③法的対応																		
あり	51	4.1%	3	3.4%	3	6.7%	1	8.3%	12	7.6%	0	0.0%	13	7.1%	0	0.0%	83	4.7%
なし	314	25.0%	19	21.3%	4	8.9%	6	50.0%	61	38.9%	4	57.1%	52	28.3%	1	5.0%	461	26.0%
不明	123	9.8%	7	7.9%	5	11.1%	0	0.0%	5	3.2%	2	28.6%	12	6.5%	3	15.0%	157	8.9%
④全てなし	75	6.0%	4	4.5%	0	0.0%	2	16.7%	10	6.4%	0	0.0%	8	4.3%	1	5.0%	100	5.6%
⑤全て不明	65	5.2%	2	2.2%	5	11.1%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	5	2.7%	1	5.0%	82	4.6%
⑥全て回答なし	53	4.2%	4	4.5%	1	2.2%	1	8.3%	2	1.3%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	71	4.0%

### 18)-1 ①児童相談所等対応の内容（自由記載）（全施設 回答数 960）

（内容を列記）（被虐待児への対応に関する記載は除外した）

調査、相談、面接、指導、家庭訪問、聞き取り、在宅支援、接見禁止、助言、面会制限、親子分離、通告、ペアレント・トレーニング、見守り、通信制限、外泊制限、立ち入り調査、親権停止、電話相談、指導・援助

### 18)-2 ②警察介入の内容（自由記載）（全施設 回答数 168）

（内容を列記）

逮捕、通告、通知、要保護児童の通告書の提出予定、指導、事情聴取、家庭訪問、援助依頼、助言、相談、かけつけ、拘留、身柄引き取り、強制入院、面会制限、住居の解錠・搜索、通信制限、立ち入り調査、補導

### 18-3 ③法的対応の内容（自由記載）（全施設 回答数 71）

（内容を列記）

執行猶予、逮捕、拘留、実刑判決、児童福祉法 28 条適用、親権停止、面会制限、通信制限、家裁審判、外泊制限、起訴

## 19) 虐待者の認識

### 19)-1 虐待発生時（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待を自覚	252	20.0%	18	20.2%	7	15.6%	7	58.3%	28	17.8%	0	0.0%	24	13.0%	5	25.0%	341	19.2%
行為は認めるが虐待とは認めない・問題意識なし	362	28.8%	29	32.6%	13	28.9%	2	16.7%	55	35.0%	0	0.0%	51	27.7%	3	15.0%	515	29.1%
自らの非を認めない・他の責任にする	134	10.7%	19	21.3%	4	8.9%	0	0.0%	27	17.2%	1	14.3%	19	10.3%	1	5.0%	205	11.6%
行為を覚えていない	23	1.8%	2	2.2%	0	0.0%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	7	3.8%	0	0.0%	37	2.1%
その他	25	2.0%	3	3.4%	1	2.2%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	7	3.8%	2	10.0%	43	2.4%
不明	425	33.8%	16	18.0%	19	42.2%	1	8.3%	38	24.2%	6	85.7%	72	39.1%	9	45.0%	586	33.1%
回答なし	44	3.5%	2	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	11	6.0%	0	0.0%	60	3.4%

### 19)-2 現在（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待を自覚	250	19.9%	21	23.6%	8	17.8%	7	58.3%	33	21.0%	0	0.0%	18	9.8%	2	10.0%	339	19.1%
行為は認めるが虐待とは認めない・問題意識なし	285	22.7%	20	22.5%	10	22.2%	2	16.7%	42	26.8%	4	57.1%	35	19.0%	3	15.0%	401	22.6%
自らの非を認めない・他の責任にする	100	7.9%	12	13.5%	2	4.4%	0	0.0%	20	12.7%	1	14.3%	11	6.0%	1	5.0%	147	8.3%
行為を覚えていない	27	2.1%	4	4.5%	0	0.0%	1	8.3%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	36	2.0%
その他	35	2.8%	5	5.6%	1	2.2%	1	8.3%	7	4.5%	0	0.0%	8	4.3%	4	20.0%	61	3.4%
不明	531	42.2%	25	28.1%	24	53.3%	1	8.3%	56	35.7%	2	28.6%	101	54.9%	10	50.0%	750	42.3%
回答なし	36	2.9%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	48	2.7%

虐待者の認識は、主たる虐待者を想定していたため、回答は1つのみにしていたが、設問で「主たる虐待者についてのみ回答」と記載していなかったため、従たる虐待者の意識も回答したと考え、複数回答も集計に加えた。

虐待を自覚しているのは、虐待発生時と現在で、それぞれ 341 名（19.2%）、339 名（19.1%）と差はなく、現状では虐待者が虐待を自覚するための対応は困難であることが示された。

### 20)-1 虐待と関連していると考えられる要因・背景の有無

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
あり	1,093	86.9%	84	94.4%	35	77.8%	12	100.0%	141	89.8%	7	100.0%	146	79.3%	16	80.0%	1,534	86.6%
特になし	18	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	1.4%
不明	131	10.4%	4	4.5%	10	22.2%	0	0.0%	10	6.4%	0	0.0%	35	19.0%	4	20.0%	194	10.9%
回答なし	16	1.3%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	20	1.1%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%



## 20)-2 要因・背景の内容（複数回答）

### 20)-2-1 妊娠・出産に関すること

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
望まない妊娠・出産	69	5.5%	12	13.5%	2	4.4%	0	0.0%	12	7.6%	0	0.0%	13	7.1%	2	10.0%	110	6.2%
出生後、長期収容分離	16	1.3%	1	1.1%	3	6.7%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	26	1.5%
婚外子	59	4.7%	7	7.9%	2	4.4%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	87	4.9%
出産後不調・疾患	85	6.8%	4	4.5%	1	2.2%	0	0.0%	3	1.9%	1	14.3%	11	6.0%	1	5.0%	106	6.0%
その他	55	4.4%	5	5.6%	4	8.9%	1	8.3%	12	7.6%	0	0.0%	18	9.8%	2	10.0%	97	5.5%

### 20)-2-2 養育者の問題

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
精神疾患	332	26.4%	21	23.6%	6	13.3%	3	25.0%	26	16.6%	2	28.6%	31	16.8%	2	10.0%	423	23.9%
身体的疾患	46	3.7%	4	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	8	5.1%	0	0.0%	9	4.9%	3	15.0%	70	4.0%
神経症	20	1.6%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	3.2%	1	14.3%	3	1.6%	0	0.0%	30	1.7%
アルコール中毒	43	3.4%	5	5.6%	1	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	54	3.0%
薬物濫用	27	2.1%	2	2.2%	2	4.4%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	36	2.0%
知能の問題	393	31.2%	21	23.6%	7	15.6%	0	0.0%	41	26.1%	0	0.0%	31	16.8%	5	25.0%	498	28.1%
性格の問題	227	18.0%	29	32.6%	3	6.7%	1	8.3%	24	15.3%	2	28.6%	25	13.6%	3	15.0%	314	17.7%
生育歴の問題	165	13.1%	11	12.4%	3	6.7%	1	8.3%	22	14.0%	1	14.3%	26	14.1%	2	10.0%	231	13.0%
生育歴の内容																		
虐待を受けた	67	5.3%	5	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.8%	0	0.0%	10	5.4%	0	0.0%	88	5.0%
その他	94	7.5%	7	7.9%	3	6.7%	0	0.0%	10	6.4%	1	14.3%	18	9.8%	1	5.0%	134	7.6%
その他	108	8.6%	6	6.7%	7	15.6%	2	16.7%	24	15.3%	0	0.0%	16	8.7%	4	20.0%	167	9.4%

### 20)-2-3 児の問題

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
疾病・障害	674	53.6%	59	66.3%	24	53.3%	8	66.7%	81	51.6%	3	42.9%	92	50.0%	13	65.0%	954	53.8%
行動の問題	436	34.7%	24	27.0%	14	31.1%	11	91.7%	9	5.7%	7	100.0%	6	3.3%	0	0.0%	507	28.6%
その他	14	1.1%	4	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	10	6.4%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	32	1.8%

### 20)-2-4 家庭の問題

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
経済的不安定	505	40.1%	45	50.6%	15	33.3%	5	41.7%	66	42.0%	0	0.0%	56	30.4%	9	45.0%	701	39.6%
夫婦不和・不安定	268	21.3%	24	27.0%	9	20.0%	2	16.7%	44	28.0%	3	42.9%	41	22.3%	7	35.0%	398	22.5%
他の家族との葛藤(嫁・姑の問題など)	87	6.9%	5	5.6%	2	4.4%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%	12	6.5%	0	0.0%	115	6.5%
育児負担過大	358	28.5%	31	34.8%	8	17.8%	4	33.3%	37	23.6%	2	28.6%	52	28.3%	3	15.0%	495	27.9%
孤立した家庭	160	12.7%	11	12.4%	5	11.1%	1	8.3%	15	9.6%	0	0.0%	16	8.7%	2	10.0%	210	11.9%
その他	124	9.9%	9	10.1%	6	13.3%	1	8.3%	17	10.8%	2	28.6%	20	10.9%	3	15.0%	182	10.3%

要因・背景として、児の疾病・障害が 954 名（53.8%）で最も多く、経済的不安定 701 名（39.6%）、育児負担過大 495 名（27.9%）だった。このことから、疾病や障害が障害児虐待のハイリスク要因になっており、障害児虐待発生の予防として養育者へ経済的および養育の支援が重要であることが示された。施設の種別では、「行動の問題」が「医・自閉」100%、「福・自閉」91.7%、その他の福祉型施設で 30%前後みられた。自閉症児施設では、「行動の問題」が虐待発生の大きな要因・背景になっていることが示された。

## 3. 貴施設での虐待の認識と認識後の対応

### 21) 入所時の虐待の認識（複数回答 11 つ（知的 9 つ、医・重症 2 つ）あり）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
①入所にあたり都道府県の児童相談所からの情報により虐待と認識していた	1,089	86.6%	78	87.6%	43	95.6%	8	66.7%	134	85.4%	7	100.0%	167	90.8%	19	95.0%	1,545	87.2%
②入所前から短期入所等の利用により虐待と認識していた	80	6.4%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%	9	4.9%	1	5.0%	100	5.6%
③入所時は虐待として認識しておらず、入所後に初めて虐待と認識した	42	3.3%	4	4.5%	1	2.2%	4	33.3%	10	6.4%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	64	3.6%
④回答なし	56	4.5%	6	6.7%	1	2.2%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	7	3.8%	0	0.0%	74	4.2%
合計	1,267	*	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	186	*	20	100.0%	1,783	*

\*：複数回答

1,645 名（92.8%）は入所時には虐待と認識されていたが、64 名（3.6%）は入所後に初めて虐待に気付か



れていた。

問 22) は、問 21 で「②入所前から短期入所等の利用により虐待と認識していた」場合に記入

**22) 貴施設が虐待として認識した経緯**（全施設 N=100）（複数回答）

A 貴施設で虐待を発見(法人内施設で発見した場合も含む)	39	39.0%
発見した経緯(N=39)		
職員が気づく	20	51.3%
児から相談	5	12.8%
虐待者から相談	6	15.4%
家族・親戚から相談	8	20.5%
知人・友人などからの連絡	0	0.0%
その他	6	15.4%
(複数回答)		
B 他機関から連絡があった	53	53.0%
回答なし	14	14.0%

問 23)～26)は、問 22 で「A 貴施設で虐待を発見した」場合に記入

**23) 貴施設で虐待を発見した後の対応・連携先**（全施設 N=39）（複数回答）

A 施設内での対応連携先		
施設長	16	41.0%
児童発達支援管理責任者	7	17.9%
SW・MSW	8	20.5%
医師(主治医)	7	17.9%
看護部	6	15.4%
指導科(指導室)	2	5.1%
虐待対策委員会などの施設内組織	6	15.4%
その他	2	5.1%
B 他機関と対応連携	17	43.6%
回答なし	12	30.8%

**24) 入所までに連携した機関**（全施設 N=39）（複数回答）

保健所	5	12.8%	児童養護施設	2	5.1%
保健センター	5	12.8%	障害児通所施設	6	15.4%
助産所	0	0.0%	障害児入所施設	4	10.3%
医療機関	8	20.5%	母子生活支援施設	1	2.6%
精神保健福祉センター	0	0.0%	警察	1	2.6%
学校・幼稚園	20	51.3%	少年センター(警察管轄)	0	0.0%
教育相談室	1	2.6%	市町村少年相談センター	0	0.0%
保育所	4	10.3%	人権擁護委員	0	0.0%
児童館	0	0.0%	家庭裁判所	0	0.0%
放課後児童クラブ	1	2.6%	児童自立支援施設	0	0.0%
児童相談所	36	92.3%	弁護士	0	0.0%
福祉事務所(家庭児童相談室)	2	5.1%	虐待防止民間援助機関	0	0.0%
婦人相談所	0	0.0%	都道府県福祉担当部局	0	0.0%
民生・児童委員	0	0.0%	要保護児童対策地域協議会	3	7.7%
市区町村福祉担当部局	11	28.2%	その他	7	17.9%
児童家庭支援センター	5	12.8%	連携機関なし	0	0.0%
乳児院	1	2.6%	回答なし	1	2.6%

**25) 入所までに連携した内容**（全施設 N=39）（複数回答）

ケース会議	19	48.7%
家庭訪問	6	15.4%
その他	11	28.2%
回答なし	9	23.1%

## 26) 入所までの連携についてのご意見（自由記載）（回答数 171）

（本報告書の記載から除外）

問 27 は、問 21 で「③入所時は虐待として認識しておらず、入所後に初めて虐待と認識した」場合に記入

## 27) 貴施設が虐待として認識した経緯（全施設 N=64）（複数回答）

A 貴施設で発見（法人内施設で発見した場合も含む）	50	78.1%
発見した経緯（N=50）		
職員が気づく	32	64.0%
児から相談	5	10.0%
虐待者から相談	3	6.0%
家族・親戚から相談	5	10.0%
知人・友人などからの連絡	0	0.0%
その他	10	20.0%
（複数回答）		
B 他機関から連絡があった	13	20.3%
回答なし	4	6.3%

問 28)は、問 27 で「A 貴施設で虐待を発見した」場合に記入

## 28) 貴施設で虐待を発見した後の対応連携先（全施設 N=50）（複数回答）

A 施設内での対応連携先		
施設長	30	60.0%
児童発達支援管理責任者	20	40.0%
SW・MSW	13	26.0%
医師（主治医）	8	16.0%
看護部	9	18.0%
指導科（指導室）	3	6.0%
虐待対策委員会などの施設内組織	11	22.0%
その他	1	2.0%
B 他機関と対応連携	17	34.0%
回答なし	8	16.0%

## 4. 貴施設での対応について（入所時～現在（平成 28 年 6 月 1 日）まで）

### 29) 被虐待児への対応（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
A 被虐待児として特別な対応をしている （対応の内容）	531	42.2%	58	65.2%	26	57.8%	10	83.3%	78	49.7%	6	85.7%	48	26.1%	5	25.0%	762	43.0%
①専門的知識、技術のあるスタッフによっ て子どもの評価・治療を行っている	319	25.4%	26	29.2%	23	51.1%	7	58.3%	63	40.1%	6	85.7%	28	15.2%	1	5.0%	473	26.7%
②その他のスタッフによって子どもの評価・ 治療を行っている	259	20.6%	35	39.3%	25	55.6%	6	50.0%	20	12.7%	4	57.1%	31	16.8%	1	5.0%	381	21.5%
③施設外の専門クリニック、虐待防止セン ターなどを受診している	113	9.0%	7	7.9%	6	13.3%	5	41.7%	1	0.6%	0	0.0%	7	3.8%	0	0.0%	139	7.8%
④児童相談所のケースワーカー、心理士 などの定期的面接を行っている	259	20.6%	39	43.8%	8	17.8%	7	58.3%	27	17.2%	2	28.6%	15	8.2%	4	20.0%	361	20.4%
⑤その他	183	14.5%	19	21.3%	14	31.1%	6	50.0%	28	17.8%	0	0.0%	19	10.3%	0	0.0%	269	15.2%
B 被虐待児として特別な対応はしていない	612	48.6%	26	29.2%	16	35.6%	0	0.0%	64	40.8%	1	14.3%	129	70.1%	13	65.0%	861	48.6%
C その他	53	4.2%	4	4.5%	3	6.7%	0	0.0%	14	8.9%	0	0.0%	1	0.5%	1	5.0%	76	4.3%
D 回答なし	62	4.9%	1	1.1%	0	0.0%	2	16.7%	1	0.6%	0	0.0%	6	3.3%	1	5.0%	73	4.1%

## 29)-1 A-①「専門的知識・技術のあるスタッフ」の職種と「評価・治療」の内容

(全施設 N=473) (複数回答)

(職種)		
心理士	263	55.6%
医師	283	59.8%
MSW	47	9.9%
その他	71	15.0%
職種の回答なし	22	4.7%
(評価・治療の内容)		
治療的養育	209	44.2%
ペアレントトレーニング	27	5.7%
ライフストーリーワーク	11	2.3%
その他	113	23.9%
内容の回答なし	74	15.6%

## 29)-2 A-①の「評価・治療の内容のその他」、およびA-②の「評価・治療」の内容(自由記載)

(全施設 回答数 A-① 104、A-② 330)

設問では、「被虐待児としての特別な対応」について回答を求めた。内容の記載からは基礎疾患に対する治療と考えられる回答もみられたが、すべての回答を記載した。

また、A-①は「専門的知識・技術のあるスタッフによる評価・治療」、A-②は「その他のスタッフによる評価・治療」としたが、回答ではそれぞれで重複した内容が多く、A-①とA-②の区別をしないで回答したものが含まれると考えられるため、A-①とA-②を合わせて集計した。

### 対応の内容(列記)

面談、面会、気持ちの傾聴、心理面接、心理判定、療育相談、能力評価、発達段階評価、性教育、心理カウンセリング、プレイセラピー、セカンドステップ、EMDR、コモンセンス・ペアレンティング、マカトン法、絵画療法、スクイグル、ソーシャルスキルトレーニング、TEACCH プログラム、メンタルサポート、感覚統合療法、生活支援、行動援護、親子交流、ストレスの軽減、受容的な対応、支援の構造化、個別支援、がんばり表、外来デイケアに参加、家族療法、自立支援、ADL の向上、マンツーマンでの対応、行動観察、個別支援計画の作成とモニタリングの実施、大人との愛着形成、安心・安定した生活の保障、生活スキルの獲得、他者との距離感の作り方、基本的生活習慣の改善、コミュニケーションツールの獲得、就学支援、教育支援、見守り・声掛け支援、日常の振り返り支援、一緒に外出する、安心・安全の実感、帰省時の身体チェック、日常生活介助、発育・発達支援、機能訓練、摂食訓練、運動機能の維持・向上、通院(精神科、内科、歯科)、脳波検査、健康管理、医療的ケア(吸引、胃ろう)、呼吸機能の維持・改善、人工呼吸器管理、糖尿病・傷・ケガなどの治療

### 具体的な記載

- 生活支援の中で、できるようになったことや本児の成長をたくさんほめ、評価し、自分でできる力を伸ばす。
- ルールを決める。適切な行動には肯定的なメッセージを伝える等を徹底している。
- 本児が、モヤモヤした気持ちをうまく表現できない場合、紙に書きだしたり、コミック会話を用いて、視覚的に支援している。
- 生育歴に配慮した代理母子関係の構築や、基本的生活習慣の獲得、学習保証、社会性の獲得など。
- 愛着不全により、気持ちの切り替えや人への甘え方、ストレスの解消の仕方を根気良く関わり、教えている。
- 母親の愛情にうえており、職員等大人に対する甘えが強く出、イライラ時には赤ちゃん返りのような状態となる。事前に回避できるように本児と根気よく関わり、1人でも落ちつけるように支援をおこなっている。
- 大人から離れると強い不安を感じる。夜間も近くに支援員が居ないとわかると、泣いて支援員をさがしに来る。常に支援員が近くに居る環境での過ごしをおこなってもらった。安心できる環境作り。
- 他者からの指導は不満に感じやすく、常に自分が正しいと思いたい気持ちが強く、他者とのトラブルが常にあった。本児の思いを受容しつつ、こちらの意図をしっかりと伝えていく。
- 本児、新しい環境への適応能力低く、泣いている事が多く、ゆっくりと時間をかけて寮生活へなれてもらえるよう支援をする。
- 愛着不全により、気持ちの切り換えや、ストレスの解消に難あり。時間をかけて話し合ったり、見守る支援を行なう。
- 話し合いを設け、思いをくみとりながら安心できるように支援。関係機関と連携して家族との交流を無理のないようすすめている。

- 虐待者に保護者としての役割は難しいが、本児への思いがあること、又本児も思いがあることから、家族としての関係を保てるよう、各関係機関と連携をとって支援している。
- 定期的な話し合いの場の設定や外出。関係機関と連携して家族との交流を図れるようにしてきた。
- 安心できるような環境の提供、ほめることを多くする。
- 自己肯定感を高め、成功体験を重ね自信につなげていけるよう支援している。
- 本人の精神不安に対し、専門医に ADHD と診断され、服薬治療を行っている。医師の診断(ADHD)を受け、その特性を理解して支援し、服薬の効果を観察して、ケース会議において、子どもの評価を行っている。
- 食事、排泄面を中心とした、基本的な生活習慣の自立を最優先課題として支援をした。規則正しい生活を継続することで生活リズムを整える。他者との関係を広げ、子供らしい遊びを通して感情を豊かにする。
- 生活面は声かけを必要とする程度で概ね自立できている。自発的に問題は起きないが、周囲に流され行動することがあるため善悪の判断が身につくよう丁寧な声かけを行う。
- 清潔習慣や生活リズムなど基本的な生活習慣が身につくよう、また、規範意識が乏しいため、身につけるよう支援目標をたてて、助言指導を行った。
- 小児精神科への定期通院。基本的な生活習慣が身につくよう目標をたてて助言指導を行っている。他児と良好な関係が築けるよう関係調整を行う。
- 不適切な行動について指導する際に、虐待経験をふまえた優しい話し方をする。
- 小児精神科への定期通院をして、多動性障害の治療を行っている。基本的な生活習慣を身につけ、学校や生活の場において、経験を広げ、本人が子供らしく生活を送れるよう支援している。
- 幼児期の子供なので、基本的な生活習慣を身に付ける支援と他の子供達と良い関係が築けるような助言、また、幼児期に獲得が必要な知的発達を促す支援を行っている。
- 遊びと他の利用者、職員との関わりを通して、本児の行動特性や能力を観察して、支援につなげている。
- 毎日、個別に時間を設け、保育士および児童指導員がマンツーマンで、就寝時お話しを行っている。また月に 1 回、担当職員とマンツーマンで本人の好きな活動を 2 時間程度行っている。
- 大人との信頼関係 生活の中で大人と一緒に様々な経験体験(個別的な対応も含む)を通して児の成長を促す。
- 生活の中で大人と一緒に様々な体験を通して児の成長を促す。個別的な対応を通して安心安全の実感、ADL の習得、大人との信頼関係、基本的な大人との信頼関係が築けるよう、関わりを持つ。スペシャルタイムがあったり、問題解決のための方法を考えたり、寄りそった支援をしている。
- 小さい頃の心の傷を癒す為、できるだけ親に近い存在として接している。
- 帰省後の身体チェック、本人からの聞き取り、生活の中で様々な体験を通して児の成長を促す。個別的な対応で安心安全の実感、ADL の習得、大人との信頼関係。
- 愛着形成が出来ていない為、少し、甘えられる環境をつくったり、関わっている。
- 月 2〜3 回程度本児と振り返りを行い、生活面、行動面、相談事を聞きメンタルケアをしている。
- 不適切な行動について指導する際に、虐待経験をふまえた話の聞き方、伝え方をしている。
- 児童が感情をコントロールできなくなった場合、虐待経験を考慮して話をして、時間をかけた対応をする。
- 他者への関心を高めるように、ふれあい遊びなど様々な遊びを提供している。また、ADL 獲得のための支援を行なっている。
- 甘えられる場面を作り、安心できる人間関係を作る。
- PTSD と診断されているため、フラッシュバックするような環境はさけ、本児の動向の観察と見守りを強化している。
- ADL 向上のための支援、他児童とのコミュニケーションのとり方についての支援。
- 余暇活動の充実として、パソコンルームを設置した。他児の持ち物を勝手に持ち帰ってくる為、毎日確認している。
- 自分の思いを言葉で上手く伝えられない特徴があり、劣等感が強い本児の存在を受け入れ、人に対する基本的信頼を築ける様に関わっている。

### 29)-3 B「被虐待児として特別な対応はしていない」理由（全施設 回答数 556）

（自由記載であるが、類似した内容をカテゴリーに分類して集計した）

安定している、問題行動なし	190
入所児としての一般的な対応をしている、特別には必要なし	168
障害のため理解できない、虐待の認識がない	67
基礎疾患の治療など他の対応を優先している	60
他機関が対応している	32
専門職がいない、対応する時間がとれない	31
本人が拒否・希望しない	3
入所後の期間が短い	3
児童相談所より特別な配慮等の引き継ぎがないため	1
本児の障害程度について、職員に周知しているため	1

### 30) 虐待者への対応（複数回答）

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
A 施設で対応している	585	46.5%	32	36.0%	28	62.2%	8	66.7%	82	52.2%	2	28.6%	83	45.1%	9	45.0%	829	46.8%
（対応の内容）																		
①担当者を決めて対応している	467	37.1%	25	28.1%	22	48.9%	6	50.0%	80	51.0%	2	28.6%	65	35.3%	6	30.0%	673	38.0%
②専門的知識・技術のあるスタッフによって虐待者の評価と対応を行っている	172	13.7%	6	6.7%	13	28.9%	3	25.0%	37	23.6%	2	28.6%	22	12.0%	0	0.0%	255	14.4%
③その他のスタッフによって虐待者の評価と対応を行っている	80	6.4%	10	11.2%	3	6.7%	3	25.0%	12	7.6%	0	0.0%	12	6.5%	4	20.0%	124	7.0%
④その他	134	10.7%	0	0.0%	7	15.6%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%	37	20.1%	4	20.0%	191	10.8%
B 他機関が対応している	713	56.7%	59	66.3%	38	84.4%	8	66.7%	67	42.7%	2	28.6%	86	46.7%	10	50.0%	983	55.5%
（対応の内容）																		
①施設外の専門クリニック、虐待防止センターなどを受診している	40	3.2%	1	1.1%	0	0.0%	2	16.7%	3	1.9%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	47	2.7%
②児童相談所のケースワーカー、心理士などの定期的面接を行っている	317	25.2%	31	34.8%	20	44.4%	6	50.0%	34	21.7%	2	28.6%	29	15.8%	5	25.0%	444	25.1%
③児童相談所で虐待者の児に対する態度・行動の評価・確認会議または連絡を行っている	364	28.9%	36	40.4%	9	20.0%	7	58.3%	30	19.1%	2	28.6%	31	16.8%	1	5.0%	480	27.1%
④その他	52	4.1%	4	4.5%	4	8.9%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	4	2.2%	0	0.0%	65	3.7%
C 施設でも他機関でも対応できていない	196	15.6%	16	18.0%	2	4.4%	2	16.7%	30	19.1%	1	14.3%	19	10.3%	3	15.0%	269	15.2%
D その他	16	1.3%	1	1.1%	1	2.2%	0	0.0%	20	12.7%	0	0.0%	15	8.2%	1	5.0%	54	3.0%
E 回答なし	193	15.3%	5	5.6%	2	4.4%	1	8.3%	22	14.0%	4	57.1%	49	26.6%	3	15.0%	279	15.7%

### 30)-1 A-①「担当者」の職種（複数回答）

	知的 (N=467)		盲ろう (N=25)		福・肢体 (N=22)		福・自閉 (N=6)		医・肢体 (N=80)		医・自閉 (N=2)		医・重症 (N=65)		国・重症 (N=6)		合計 (N=673)	
保育士	176	37.7%	4	16.0%	6	27.3%			13	16.3%			4	6.2%	2	33.3%	205	42.6%
指導員	176	37.7%	14	56.0%	9	40.9%	6	100.0%	11	13.8%			3	4.6%	5	83.3%	224	46.6%
児童発達支援管理責任者	62	13.3%	6	24.0%					6	7.5%			9	13.8%			83	17.3%
支援員	52	11.1%	3	12.0%	6	27.3%			15	18.8%			5	7.7%			81	16.8%
SW,CW	33	7.1%							24	30.0%			24	36.9%			81	16.8%
心理士	13	2.8%	2	8.0%					8	10.0%			1	1.5%			24	5.0%
看護師	1	0.2%							27	33.8%			6	9.2%			34	7.1%
医師									5	6.3%	2	100.0%	1	1.5%			8	1.7%
管理職	96	20.6%	2	8.0%	1	4.5%	1	16.7%	2	2.5%			17	26.2%			119	24.7%
その他	17	3.6%							3	3.8%			14	21.5%			34	7.1%
回答なし	51	10.9%	2	8.0%					8	10.0%			9	13.8%			70	14.6%

### 30)-2 A-②「専門的知識・技術のあるスタッフ」の職種（全施設 N=255）（複数回答）

心理士	107	42.0%
医師	101	39.6%
MSW	41	16.1%
その他	95	37.3%

### 30)-3 A-②およびA-③の「評価と対応」の内容（自由記載）（全施設 回答数 A-② 180、A-③ 98）

A-②は「専門的知識・技術のあるスタッフによる評価と対応」、A-③は「その他のスタッフによる評価と対応」としたが、回答ではそれぞれで重複した内容が多く、A-②と A-③の区別をしないで回答したものが含まれると考えられるため、A-②と A-③を合わせて集計した。

#### 対応の内容（列記）

家庭状況の把握、安全面の指導、面会・面談、通院治療、就労支援、家庭訪問、帰宅支援、母子セラピー、ケアマネジメント、家庭状況の把握、ペアレント・トレーニング、家族交流後の振り返り、生活習慣の評価・改善、カウンセリング、療育相談、心理療法、心理判定、心理面接、ライフストーリーワーク、気持ちの汲み取り、帰省後のチェック・様子の確認、生活全般への訓練、認知行動療法、受診時の同伴、受容的対応、養育態度の観察、生活支援、電話での聞き取り、文書での連絡、自立支援、面会や親子外出の可否の見極め、諸手続きの支援、交流の促し、家族支援

#### 具体的な記載

- 家族交流直後の振りかえりの実施（書面と口頭）。家族交流プログラム終了に合わせて、全体的な交流の評価を行う。
- 再び親子で生活できるよう、家の片付けや転居、生活に困らない程度の金銭管理ができるよう、生活保護担当者や区の子育て支援室と共に支援する。
- 定期的な面接と、合同ミーティングにて、母の頑張りを認めスモールステップを含む。
- 児の理解(障害特性及び行動)に向けた説明。父親の生活状況確認。
- 母子面会において、児に対する、母の行動を観察し客観的に記録に残している。
- 心理専門での個別での対応と、言動の変化や遊びの中での関わりを中心に行っている。
- 面会(本児と担当者)。母親、本児、担当者との外食。月に一度、家庭へ連絡を行い本児の生活の様子を伝えている。
- 保護者対応、関係機関との調整→生活状況の確認や今後の方向性の確認など。
- 親子面会前に医師が親面談を行い、現在の状態、変化等を伝え、面会時話題提供、見守り等を行っている。
- 発達状況の説明。親子の交流のうながし。諸手続き支援。
- 面会時に声掛けと見守りを行っている。電話連絡にて本児の施設での様子を伝えている。
- 母の精神的不調時に、思いの傾聴、障害受容に向けた児との関わり方指導。
- 入所から数年は、ケースワーカー、保育士により母親面接を行っていた。母親に変化はなく、家庭復帰もできないとの結論から、段階を経て中止となった。
- 実母の行動、対応を信頼するには至らず、実父に働きかけ、実母の行動調整のもと、本児の面会、外出、帰省をおこなっている状態である。
- 面接を行い、家庭状況の把握や児の障害特性の理解を促す。
- 母の園内宿泊を重ねて母子関係の強化を図り、課題への助言や、子どもへの対応方法を助言している。
- 虐待者の生活状況把握。実母に対し、面会、外出について助言を行い、良好な関係維持を援助した。外泊に対して制限を設け、虐待防止に努めた。
- 実母の生活の現状把握と仕事の状況と内容の確認などを行なっている。又、実母に本児の生活状況等を伝え、本児に対しての母親として自覚をうながす働きかけをしている。
- 家庭の現状把握と今後の再発防止に向けての情報収集に努め、夏・冬等の帰省期間中の子どもさんの様子や家庭との関わり状況について聴き取りをしている。
- 母親が日中利用している事業所との調整。母親が通院をしている病院の訪問看護。
- 定期的に保護者と連絡をとって本児と面会や外泊を実施し、本児に対して愛着が持てるよう促す。
- 面会時の様子をその時に担当したスタッフからヒヤリングして記録し月 1 回児童相談所に郵送している。面会時はスタッフがいる場所でもらっている。

### 30)-4 C「施設でも他機関でも対応できていない」理由（全施設 N=269）（回答数 186）

（自由記載であるが、類似した内容をカテゴリーに分類して集計した）

離婚、転居、行方不明、収監などで連絡がとれない	87
問題がない、面会していない、関係が改善しているなどで必要がない	36
死亡	20
障害、言語の違いなどのため理解できない	17
拒否、連絡に応じない等	15
対応が困難	7
被虐待児が望んでいない	2
事実の確認がされていない	1
児童相談所が保護者の行為を虐待としては明確に伝えていない	1

### 31) 連携した機関（全施設 N=1,772）（複数回答）

保健所	27	1.5%	児童養護施設	73	4.1%
保健センター	24	1.4%	障害児通所施設	22	1.2%
助産所	0	0.0%	障害児入所施設	101	5.7%
医療機関	300	16.9%	母子生活支援施設	7	0.4%
精神保健福祉センター	1	0.1%	警察	41	2.3%
学校・幼稚園	569	32.1%	少年センター（警察管轄）	0	0.0%
教育相談室	12	0.7%	市町村少年相談センター	0	0.0%
保育所	26	1.5%	人権擁護委員	1	0.1%
児童館	1	0.1%	家庭裁判所	11	0.6%
放課後児童クラブ	7	0.4%	児童自立支援施設	8	0.5%
児童相談所	1,395	78.7%	弁護士	7	0.4%
福祉事務所（家庭児童相談室）	52	2.9%	虐待防止民間援助機関	0	0.0%
婦人相談所	2	0.1%	都道府県福祉担当部局	18	1.0%
民生・児童委員	8	0.5%	要保護児童対策地域協議会	19	1.1%
市区町村福祉担当部局	252	14.2%	その他	73	4.1%
児童家庭支援センター	45	2.5%	連携機関なし	16	0.9%
乳児院	79	4.5%	回答なし	299	16.9%

児童相談所が 1,395 名（78.7%）と最も多く、次いで、学校・幼稚園 569 名（32.1%）、医療機関 300 名（16.9%）であった。連携機関なしが 16 名（0.9%）みられた。

### 31)-1 医療機関の診療科（全施設 N=300）（複数回答）

精神科	93	皮膚科	3
小児科	65	神経内科	2
児童精神科	28	心療内科	2
小児（神経・発達・精神）	11	婦人科	2
眼科	9	歯科	2
内科（腎臓、循環器など）	9	新生児科	2
整形外科、リハビリ	8	形成外科	1
脳神経外科	5	その他	3

### 32) 連携についてのご意見

外部機関との連携についてご意見を記入してください（自由記載）（全施設 回答数 148）

- 本人のことで何かあった場合は、基本的には児童相談所の担当ケースワーカーと連携している。
- 子ども総合センターが中心となり、一時保護からの施設入所利用に至ったが、地域、教育機関からの情報や、積極性は薄く、対象児自身の信頼も低い状況であった。また、生活保護世帯という事で、金銭面の問題が生じた。世帯として、対象児として、各機関が中心に考える焦点が異なるため、連携の難しさが生じていた。
- 同一自治体内の同種施設より措置変更、両親によるネグレクト（両親障害者のため、正しい育て方が分からない）自覚はなく、本児に対する間違えた愛情をかける。子ども総合センター、同種施設、担当係長より情報提供を受け、措置変更に至った。両親は、先の見通しが立たない事で不安になり、大きな声で怒鳴る。先天性の障害でレノックス症候群、てんかん発作について、以前利用していた施設の処遇が悪く発作が一向に治らないとトラブルを引き起こしていた。当時、各関係機関で、両親へ有効なアプローチが可能な機関は



なかった。

- 連携は非常に重要、必要不可欠と思う。
- 様々な角度から、児童の声を聞き対応することにより、児童が安定した生活が送れている。
- 遠方の為連携は難しい。
- 必要に応じ連絡。又、定期的に会議を開き互いの情報交換を行う。
- 密な情報交換に努めている。
- 乳児院からの措置変更ケースであるので、乳児院との情報共有を密に行った。
- 家族、親族の協力が得られないケースなので、本人が心をゆだねられる相手の存在となりえる人、機関が必要である。
- 実母の養育能力に対する認識の低さ、本児の医療的なケアの必要性合わせて、知的側面での境界域の対象となっているので、行政、医療、教育、施設の連携がとても大切である。
- 関係機関との連携・情報共有は、非常に大切だと感じる。乳児院からの措置変更は必要に応じて慣らし療育をすすめて受け入れる。
- 実父の思いからくり返し引きとり希望があるので、児童相談所と連携して対応を行っている。
- 愛情から引き取りを希望することがあるため、その都度児童相談所と連携し対応している。
- いずれにおいても、密な連携・情報共有が必要だと感じる。
- 当初、否定的であった児童相談所に、くり返し働きかけ、措置入所へ変更となったが、これには施設のみならず特別支援学校からの強い働きかけが不可欠であったと考える。
- 経済的困窮家庭であり、知的能力においても判断力が低い、子どもに対する思いはあるので、引き取りなどの希望が出た際は、児童相談所の協力が不可欠である。
- このケースに限ってはいいい時と悪い時があり、現場の努力のみで現在の学校へつないで何とか成り立っている。
- 実母が子どもを育てるつもりがないのであれば、対応のしようはない(生後すぐに里親委託)。
- 施設からは伝えにくいことを伝えてもらったり、フォローに入ってもらったり、関係を調整してもらっていると感じる。
- 本児と家族を取り巻く機関で連携し、アプローチやフォローができることが望ましいと思う。
- 1つ核となる機関を決めて保護者にわかりやすくしている(本ケースの場合は児童相談所。面会や外出の可否なども判断してもらう)。
- 本人を支援するにあたって、様々な関係機関とつながりをつくっておくことが退所後に生かされると思う。
- 母親との対応についてどのように対応したら良いか、また本人に対しての対応についても連携をとっている。
- てんかん、その他の発達全般:小児科 リハビリ科:姿勢保持、運動発達全般。
- 児童相談所との連携がなかなかうまくとれず、父親との面会が一度も実現していない。本人の行動も振り返り、今後児童施設を出た後の保護者との関係の修復を行ないたいが入所して以降難しさがあった。
- 関係者会議については年1回以上実施しています。
- 所内カンファレンスは児相内での会議になる為、当園の関わりは不要との事。
- 児童相談所の方にもう少し主導権を持って、連携・母への働きかけをして頂きたかった。
- 元里親との面会と電話連絡。
- 定期的な面談が減ってきている。電話では状況を伝えている。
- 母の言動、様子、性格等を聞きとる。
- 父母の離婚についての決定事項を尋ねる。
- 入所施設は、他機関との連携がうすく感じる。
- 情報共有を密に行っていると思います。
- 本人の精神不安定を精神科、医師に報告し、治療指針や助言に沿って連携して治療に努めた。本人の問題行動や、生活状況は児童相談所へ報告し指示を仰いだ。現在、措置停止となっている。
- 施設での養育状況・生活状況を児童相談所へ報告し、支援の向上に努めた。
- 発作が頻回で医療との連携は欠かせない。学校生活、施設での生活の状況については両方で情報を共有し、支援向上に努めた。本人の養育状況は児童相談所へ報告している。
- 当施設入所前の児童養護施設からの引き継ぎ、医療機関との連携、学校での懇談を行い、日常の生活支援に生かした。本児の養育状況や生活状況は児童相談所へ報告し、指導指針に沿った支援を行った。
- 当施設入所前の児童養護施設からの引き継ぎや学校とのケース懇談、医療機関における所見、児童相談所との本人の情報共有を行うことにより、日々の支援に役立てている。
- 学校や児童相談所と連携して、本人の情報共有を行い、支援に役立てた。
- 母子の支援が必要なので、連携をとっていく必要があるが、報告会のような会議にとどまってしまう傾向あり。
- 児童相談所以外の機関との連携は、少なくなっているが、できるだけ連携を強めていくべきだと思います。
- 面会制限があるケースなので、各機関との連携は細かく、慎重に行なう必要がある。
- 面会制限や特別な配慮を必要とするケースの場合は、文書などによるマニュアル作りなど行い、常に再確認を行うことが大切である。



- 学校との連携は、共通認識をするためにも必要である。
- 入所前の施設との引き継ぎは丁寧に行う必要がある。本人の障害については、医療面と学校現場での連携も必要になる。情報の共有が大切である。
- 学校・児童相談所と連携し、本人の情報流出防止に努めた(学校の公的な通信物には本人の名前・写真の掲載は行わないなど)。
- 保護者との連携がとれない場合は児童相談所に対応をお願いしている。
- 常に情報共有が必要である。
- 面会制限が必要なケースの場合、各機関とのチェック体制が必要。
- 児相は施設に入所させたら、全く連絡してこない。施設側からアクションを掛けない限り動こうとしない。
- 定期的な家庭への実態調査をお願いしたい(面会、家庭訪問など)。
- 学校、家庭、施設と定期的に(学期に1回)懇談を開き、情報交換を行っている。
- 精神科医、心理士と月に1度面会し聞きとりをしている。
- 家族調整には、外部との連携が重要。
- お互いに情報交換を行っている。
- 共通認識での取り組みが出来ていた。
- 将来の生活について施設、市の福祉課、学校で連携を取り、アプローチしている。
- 児相と連携を取り、本人、保護者の情報交換をしている。
- 父親も強い意志をもっている方なので、虐待を認めていない。
- こちからの働きかけがなければ難しい。
- 施設と家庭の間にある課題、家庭と地域の間にある課題について各関係機関が協力しながらアプローチしている。
- 施設での入所児童以外の子ども達と交流を持てたり、経験できる事が、本人にとって、何よりと思われる。
- 様々な機関と連携することで、より多くの情報を得ることができるため、大切なことであると思う。
- 積極的に活用したい。
- 兄弟が入所している児童養護施設と情報交換。
- 保護者、本児について入所施設職員と定期的に情報交換ができています。
- 連絡協議会がある為、気づいていない点があれば、児相を通じ各関係機関が集まり、情報交換、対応について話し合う。
- 児童相談所の家庭への介入が弱い。情報収集による情報交換が必要。
- 高等部3年生なので卒業後の準備として早目に相談支援センターと連携していくことが必要。
- 出身地の関係者は施設入所となると、施設まかせになりやすい。
- 同胞が多いのでかわる機関も多く、情報共有・役割分担が難しい。
- 出身地域の学校関係者との連携は難しい(家庭引取りに向けては後向きの意見となる場合が多い)。
- 学校に対して、本児の生育歴をどこまで伝えるかに悩む(家庭復帰に向けて取り組むにあたり障壁になる場合もある)。
- 父(認知なし)月に面会2回、外出1回行っている。
- 電話だけのやりとりではなく、文書等でやりとりすることで、より多機関と連携しやすくなると感じる。
- 最近では、連絡を取り合うことが少なくなってきた。
- 児童相談所の介入をもっとしてほしい(定期的な面会)。
- 児相との連携のやりにくさがある。
- 最近、連携がうすれてきている。
- 退所に向けての話し合いをすすめる。
- 細めに情報交換を行い、すぐに連携できるように電話連絡をしている。ただ、担当のケースワーカーと連絡がとれないことも多い。
- 帰省後には子ども家庭センターCWと本人、担当職員で面談を実施しており、本人の状況については共通理解を図っている。保護者支援についての連携はあまり取れていないと思われるため、今後しっかりと連携を図っていきたい。年2〜3回要対協を開催し情報共有している。
- 発見に至るまではスムーズであったが、入所後の連携がすくないように感じる。現在年2〜3回要対協を開催し、情報共有。
- 本人の様子を随時連絡する。
- 虐待と判明してからの入所の為、入所までの連携に関しては細かな情報提供を求める程度であるが、虐待児童の支援、対応の困難さから入所後も引き続き連携が必要であると強く感じる(児童相談所、医療機関、学校)。
- 保護状況の共有。
- 家庭状況を把握している市町村とも連携して、家庭状況について適時把握していく必要があると思われる。
- 児相からの巡回を積極的に行って欲しい。
- 今後も連絡を密にとっていきたい。
- 母が落ち着いてきた。

- ・児相担当者も含め、殆ど連絡がない状況。どう連携をとっていくべきなのか、施設側としても伺いたい。
- ・細かく連絡を取らないとズレることがある。
- ・児童相談所とは必要に応じて連絡を取り合っている。
- ・密に連絡を取り、情報を共有することが大切。
- ・児は、家族との交流を希望しているが、児童相談所と連絡がとれないため、関係再構築をすすめることができていない。
- ・児相が、中心となり、各関係機関と年に1～2回は、情報交換し、家庭支援ができるようにしている。
- ・家庭の状況がわかりにくい。
- ・詳細な虐待者の状況と対応についての、情報が把握しきれない。
- ・入所児の情報共有はできており、保護者との関係修復の方向で動いている。
- ・学校や保護者と情報交換をしているので、保護者の状況は少しわかりますが、詳しいことがわからないので、もっと保護者の状況がわかるように他の機関とも連携ができればと思っています。
- ・一時保護中に児童福祉法 28 条を申し立てしたが、認容審判確定に相当時間を要した。そのため、本人の不安は大きかったように思う。
- ・父親の体調等、家庭状況の情報提供を受ける。
- ・児相の担当ワーカーより、家庭状況について連絡をとり合っている。
- ・児相との父親を含めた今後の家族への支援に対する情報交換を行った。
- ・帰省の実施の確認、家庭訪問の実施。
- ・学校の担当教員との情報交換。
- ・児相担当者の交代に伴いケースへの関わりが減少し、家族の状況も把握できなくなった。児相が家族への関わりには取組まない。
- ・兄弟と本児とで管轄の児相が異なるが、児相同士が全く連携していないため、情報共有ができていない。
- ・児相は入所してからは支援者としての当事者意識がないように感じます。
- ・入所前までは児相が動くが、入所してから支援はほとんど得られない。
- ・本児のことよりは、本児の兄のことで児相が介入しており、家庭状況について情報共有することができています。
- ・入所後の児相の関わり不足(ケースの状況を把握していない)。
- ・入所後年数が経過すると外部機関の意識が下がる。
- ・児相は児相と保護者の間で問題がある時しか対応してくれない。
- ・入所後、父親が他県に転居したが、そのまま、児童相談所が支援を継続しているが、なかなか児童相談所が父親と接触してくれない。依頼しても、父親から TEL してもらいたい等、父親と施設任せな所が否めない。
- ・児童相談所を中心に連携できている。
- ・児相とは連絡を取っているが母の情報提供等が少ない事が多い。
- ・進路については、学校。
- ・児童相談所と年に1度、入所児の状況調査を含め会議を行っているが、児相と家族との連携が図れておらず家族再統合のための支援が滞っている。
- ・下のきょうだいがうまれた際に、その時の居住地の管轄児相が担当となるため、きょうだいで支援者がバラバラになるため、家族全体の支援、把握が難しい。
- ・退所後の登校、治療について、児相介し依頼。
- ・所在不明としていたため、当センターは、児童相談所以外との関わりはなし。全て、児相を通しての調整であった。
- ・児童相談所のワーカーが年1回訪問ある程度だが、もう少し密に連携がとれるといい。
- ・児童相談所が中心にしっかり、連携できている。
- ・入所後に母が再婚して転居した為、家庭状況等がつかめずにいる。児童相談所も連絡を取ってくれているが、改善はみられない。
- ・虐待のケース、両親が凝われているのではと関係者との信頼関係が築きにくい中で、情報共有、連携を表面化させることは、より凝いを強くする。両親に対し情報共有、連携することへの、了解がいると思う。了解もらえない場合については課題である。
- ・入所後に父親が転出してしまい、児童相談所も連絡が取りにくい。家庭状況が把握しにくい状況にある。再三児童相談所には訴えているが、これといった改善はみられない。
- ・児童相談所と連携しながら支援していきたいが、母親が全く連絡が取れない状況になる事もあり、どこが主導権を持つか難しい状況である。
- ・児相スタッフの介入が担当者により全く違う。入所しての年月が長く、担当者が変わり、情報が途切れる。
- ・医療型障害児入所施設へ移行するまでの過程、それぞれの役割を明確にして取り組むシステムの構築。
- ・必要に応じて児童相談所と電話連絡、担当者に訪問してもらうなど連携がとれている。
- ・本ケースについて父が日本にいないことで父への対応が全くない。乳児院入所時も子ども家庭センターは父の面会を認めており、対応の不十分さを感じる。

- ・ 情報提供、共有。
- ・ 外泊時など家庭訪問を行ってもらっている。
- ・ 入所前の診察に病棟職員と本人以外にケースワーカーの方も来園して下さり、保護者との関わりで苦勞された件について説明して頂いた。入所後もやりとりした。
- ・ 学校の担任からも、養育に問題がある点を来園し説明して下さった。
- ・ 入所直後は月 1 回程ひんぱんに児童相談所担当者が面会に来ていたが、現在ほとんど面会がない。家族状況等の情報交換も充分にできておらず、もっと児童相談所の介入をお願いしたい(家族、本人へ)。
- ・ 児童相談所が母親に対してどう支援しているのかが不明確であった。幼少の頃より児相と家族とのやりとりが多くなされていたらば、今後の生活も変わってきたのではないかと感じる。
- ・ 重症心身障害児として入所したが、ADL の向上がみられているため、学校や児相と一緒に、今後の生活(在宅や施設移行)を考えていけるような連携がとれると良い。
- ・ 家庭相談員・児相と家庭状況、きょうだいの状況等、情報共有を図った。
- ・ 家庭状況の確認、児童養護施設に入所しているきょうだいの状況の確認、今後のきょうだい交流の検討。
- ・ 母の“地域との関わり、相談先がある”との思いがもてるよう保健センターがフォローするも母拒否傾向。本児の乳幼児検診や、予防接種を通じ関わりを継続。
- ・ 家庭状況の把握。
- ・ 医療同意、治療等、児相とその都度検討している。
- ・ 家庭状況、母の状態等、児相や学校と情報共有し、対応。
- ・ 学校や、手帳、補装具等の手続き、予防接種等、母 1 人では対応できず、兄らの学校とも情報共有する。

### 33) 現在の家族との関係

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
①交流あり	978	77.7%	67	75.3%	32	71.1%	8	66.7%	126	80.3%	7	100.0%	152	82.6%	12	60.0%	1,382	78.0%
交流の内容																		
電話・手紙連絡	388	30.8%	21	23.6%	22	48.9%	6	50.0%	31	19.7%	0	0.0%	66	35.9%	4	20.0%	538	30.4%
面会	618	49.1%	46	51.7%	23	51.1%	0	0.0%	112	71.3%	4	57.1%	146	79.3%	12	60.0%	961	54.2%
帰省	486	38.6%	28	31.5%	6	13.3%	8	66.7%	26	16.6%	3	42.9%	18	9.8%	1	5.0%	576	32.5%
(複数回答)																		
②交流なし	202	16.1%	18	20.2%	13	28.9%	3	25.0%	27	17.2%	0	0.0%	24	13.0%	8	40.0%	295	16.6%
③回答なし	78	6.2%	4	4.5%	0	0.0%	1	8.3%	4	2.5%	0	0.0%	8	4.3%	0	0.0%	95	5.4%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

何らかの交流があるのは 1,382 名 (78.0%) で、交流の内容では面会が 961 名 (54.2%) で最も多かった。

### 34) 設問 33) で交流ありの場合、家族との交流の頻度

	知的 (N=978)		盲ろう (N=67)		福・肢体 (N=32)		福・自閉 (N=8)		医・肢体 (N=126)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=152)		国・重症 (N=12)	
月に1回以上	318	32.5%	10	14.9%	6	18.8%	3	37.5%	43	34.1%	6	85.7%	45	29.6%	3	25.0%
年に2～11回以上	511	52.2%	40	59.7%	19	59.4%	5	62.5%	58	46.0%	0	0.0%	75	49.3%	6	50.0%
年に1回くらい	120	12.3%	14	20.9%	5	15.6%	0	0.0%	24	19.0%	1	14.3%	25	16.4%	3	25.0%
回答なし	29	3.0%	3	4.5%	2	6.3%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	7	4.6%	0	0.0%
合計	978	100.0%	67	100.0%	32	100.0%	8	100.0%	126	100.0%	7	100.0%	152	100.0%	12	100.0%

### 35) 被虐待児受入加算費

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
平成28年6月1日現在で受けている	175	13.9%	9	10.1%	4	8.9%	5	41.7%	4	2.5%	0	0.0%	18	9.8%	1	5.0%	216	12.2%
過去に受けた	388	30.8%	23	25.8%	11	24.4%	2	16.7%	41	26.1%	0	0.0%	35	19.0%	0	0.0%	500	28.2%
受けていない	403	32.0%	44	49.4%	25	55.6%	5	41.7%	67	42.7%	7	100.0%	75	40.8%	11	55.0%	637	35.9%
回答なし	292	23.2%	13	14.6%	5	11.1%	0	0.0%	45	28.7%	0	0.0%	56	30.4%	8	40.0%	419	23.6%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

### 35)-1 加算を受けていない理由

	知的 (N=403)		盲ろう (N=44)		福・肢体 (N=25)		福・自閉 (N=5)		医・肢体 (N=67)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=75)		国・重症 (N=11)		合計 (N=637)	
申請したが児童相談所が認めなかった	12	3.0%	4	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	18	2.8%
申請していない	146	36.2%	19	43.2%	12	48.0%	5	100.0%	25	37.3%	7	100.0%	31	41.3%	5	45.5%	250	39.2%
以前に、他の施設ですでに加算を受けていた	77	19.1%	13	29.5%	6	24.0%	0	0.0%	27	40.3%	0	0.0%	17	22.7%	1	9.1%	141	22.1%
その他	30	7.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	6.0%	0	0.0%	2	2.7%	0	0.0%	36	5.7%
理由の回答なし	138	34.2%	8	18.2%	7	28.0%	0	0.0%	10	14.9%	0	0.0%	25	33.3%	4	36.4%	192	30.1%
合計	403	100.0%	44	100.0%	25	100.0%	5	100.0%	67	100.0%	7	100.0%	75	100.0%	11	100.0%	637	100.0%

## 5. 今後の予定について

### 36) 今後の退所の見通しについて

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
退所に向け準備を進めている	188	14.9%	17	19.1%	5	11.1%	0	0.0%	19	12.1%	3	42.9%	8	4.3%	0	0.0%	240	13.5%
退所の見通しがあるが具体的には未定(調整中)	181	14.4%	14	15.7%	3	6.7%	1	8.3%	19	12.1%	1	14.3%	13	7.1%	2	10.0%	234	13.2%
当面退所の予定はない	806	64.1%	55	61.8%	36	80.0%	9	75.0%	113	72.0%	3	42.9%	156	84.8%	18	90.0%	1,196	67.5%
その他	33	2.6%	2	2.2%	1	2.2%	2	16.7%	4	2.5%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	47	2.7%
回答なし	50	4.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	55	3.1%
合計	1,258	100.0%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

退所の予定なしが 1,196 名 (67.5%) であり、退所の準備が進められているのは 240 名 (13.5%) であった。

### 36)-1 「退所に向け準備を進めている」場合、退所先 (複数回答)

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
虐待をした保護者宅	46	3.7%	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.8%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	57	3.2%
親類宅	4	0.3%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.3%
里親	1	0.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%
他施設	110	8.7%	4	4.5%	5	11.1%	0	0.0%	12	7.6%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	136	7.7%
医療機関	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
その他	24	1.9%	10	11.2%	2	4.4%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	40	2.3%
回答なし	4	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	0.2%

退所先は、全入所児童に対し他施設が 136 名 (7.7%) で最も多くみられた。虐待した保護者宅は 57 名 (3.2%) であった。設問 19) 「虐待者の認識」で示されたように、虐待を自覚しているのは虐待発生時と現在で差はみられず、そのことが虐待した保護者宅へ退所できない要因の一つになっていると考えられる。

### 37) 今後どのような条件が満たされれば保護者の所へ帰ることができる (家庭引き取り) と考えられますか (自由記載)

回答数が多数あり、1 つの回答の中に様々な条件が含まれているため、それぞれの条件ごとに数値として集計することはできなかった、主要な条件を列記し、さらに具体的な意見について主要なものを記載した。

#### 37)-1 【児側】 (全施設 回答数 736)

##### 主要な条件

ADL の向上、身の自立、社会的ルールを守る、精神状態の安定、問題行動の改善、生活スキルの獲得、困難時に助けを求めたり対処ができる、他者と関係性を築く、保護者と過ごすことに慣れる、健康状態の安定、障害の軽減、病気に対する知識と管理能力 (服薬、医療的ケアなど) などであった。一方、療育者の拒否、最重度の障害、医療行為 (気管切開、人工呼吸器、感染対策など) が必要などのため、保護者の所へ帰るのは困難・不可能との意見があった。

##### 具体的な意見

- ・ 頑張りすぎたり無理をしすぎない調整や自分の思いを何らかの方法でスムーズに意思表示すること。一人で長時間でもすごせる方法の習得。
- ・ 集中する事が苦手な面がみられ、動作もゆっくりになり、何をするにも取りかかりが遅くなってしまいがちになり、指示がわからず不穏の原因になってしまう。安心出来ることばかりをし、情緒安定を図ってほしいと思う。

- ・入所当初は家庭復帰を望んでいたが、面会時、帰省時において、思うような関係が築けていない様子。子も言いたい事が言えない等、まだ関わりにおいて十分とは言えない。現在、グループホームで生活したいと本人の希望がある。
- ・現状では行動面の課題が多く、困難だと考えられるが、家族とのつながりを絶たないようにして親子の関係を保っていくことが大事だと思う。
- ・来年度からは、就労継続 A 型事業所へ通う予定。施設で身につけた生活面のスキルを今後も身につけたまま生活していったほしい。
- ・実母との面会を重ね、実母に対する拒否感をなくしていくこと(実母との関わりに慣れること)。
- ・精神的成長。一人でも一通りの生活ができるくらいの生活力を身につける。睡眠を安定させ、朝しっかりと登校、出勤する。
- ・日常生活動作を身につけていく。学校に通う習慣を身につける。職員や他児との交流の中で情緒的な関わりを経験していく。大人に認めてもらい間に入ってもらいながら自身の気持ちを伝えることを増やしていく。
- ・自分の気持ちを伝えられるようになる。我慢する力を身につける。大人への独占欲の軽減、他害行為の減少、集中力の向上。
- ・家庭で過ごしたことをほとんど覚えてなく、面会、連絡もなくして児童自身拒否されているという気持ちを持っている。会いたい気持ちあるが面会、外出などから関係修復が必要と考える。
- ・保護者への悪い感情を取り除けることができれば可能かも知れない。
- ・本児は軽度の知的障害がある。幼児期でもあり本人が自立した生活が実現するまでには、障害特性に合わせた丁寧な関わりや発達段階に合わせた適切な支援が長期に渡って必要と思われる。
- ・心身共に安定し、自立生活が可能になること。更には、就労の場が確保出来ること。更に一番課題である善悪の判断が出来、周りに影響されず流されない強い心を持つこと。本人は将来的にはグループホーム入所を希望しているが、生活面全般に支援が必要である。精神科の継続治療も必要。
- ・高等部卒業後も精神科で処方された薬を継続することで落ち着いた生活を送る。本人は地域の福祉サービスを利用して日中の活動に従事し、余暇の充実などもはかる。
- ・家庭において規則正しい生活の保障と、約束事がきっちりされていないと、不規則、きまmana生活になることが予測される。スケジュール・約束を守る、大人の指示がきけるよう指導中。
- ・離婚して別に家庭をもっている実母との交流は求めているが、虐待を受けてきた実父に対しては怨恨感情以外ない。
- ・本児が望んでいない為、困難である。
- ・現段階では無理だと判断する。この先も自立し自身で判断を下す力が身に付くとは考えにくい為見通しは暗いと考える。
- ・親を完全に従えており、現在の関係ではお互いがつぶれると思います。金銭面などで要求が多い状態。
- ・幼少期より施設での生活経験はあるが、社会生活経験は乏しいため色々な体験を通して生活の幅を広げる必要があるが、現実的には家庭引き取りは難しい。
- ・本児の場合は実父母からの被虐待児として幼児期から保護という形で、施設で長期間にわたって生活をしている。その間も家族との交流も許可されていない状況であるため、家庭引き取りは考えられない。
- ・15 歳で始めて母の所在が明らかになったが、母の知的能力を考えると、面会はむずかしく、子も家庭での生活経験もない為、子自身が望んでいない。
- ・状態の回復は見込めず、24 時間の呼吸管理等、濃厚な医療ケアが必要であり、家庭引き取りの検討は困難である。
- ・重症心身障害児であり、気管切開や胃ろう術も行ない状態も重くなっているため、保護者の養育能力も考えると家庭引き取りは難しいと考えられます。面会も声をかけても殆んどなし。

### 37)-2【養育者側】(全施設 回答数 869)

#### 主要な条件

心身の状態の安定、経済的な安定、精神科的な治療、養育能力の向上、障害の受容、病気の理解、親権者の変更、本人への愛着、親子関係の再構築、夫婦や他の家族との関係が良好になる、規則正しい生活の確立、虐待に対する意識の向上、虐待を認める、異性トラブルの解消、触法行為がなくなる、宗教からの脱退、協調性・社会性が高まる、衣食住の自立、児の定期通院・服薬管理が可能、生活態度(飲酒、浪費、ギャンブル)の改善、医療的ケアの習得、介助のスキルアップなどであった。一方、引き取りを拒否、養育者に障害がある、高齢などのため、保護者の所へ帰るのは困難・不可能との意見があった。

#### 具体的な意見

- ・本児に依存せず、母として自立した姿を見せられるようになる。
- ・医療機関に定期受診をする。帰省回数を増やし、帰省期間を伸ばし、家庭生活での問題点や不安があるのかを見極める。
- ・今回の虐待を反省し、もう1度父としての自覚・責任を持つことができた。
- ・精神症状の病状安定。他者にたよれる力、子どもとの共依存の関係改善。安定した就労継続。気持ちを楽に出来る住環境。
- ・本児への愛着形成と理解(行動傾向、能力等)本児との喜びを共有する時間の創出。兄弟への放任傾向の子育て改善、父親の子育て参加。
- ・本人と母親との愛着形成の支援が必要であるが、母親が本人に愛情をもっていない。就労をし、経済面での基盤を作る。家庭環境の

改善。

- ・ 児との長期生活への不安感の解消、経済的安定。
- ・ 児童に対する理解を深め、通院や学校生活を継続させるなど、養育責任が持てるようになること。児童相談所や学校、デイサービスなどの関係機関とのつながりを持つこと。
- ・ 保護者が生活基盤(経済、生活リズムなど)を整える、清潔な住環境の提供、本児の特性の理解と特性に合った養育方法を見につける。
- ・ 被虐待者が虐待を認め、二度としないことの誓いをたてること、児童を守れる家族を育てる(兄など)こと。
- ・ 子の存在を認め、安定した家庭を築くとともに、パートナーがいるならば子の受け入れを認めさせる。
- ・ 虐待の事実を認めると共に、二度と同様なことをしないと誓いをたてる。児に不利益をもたらす人間関係を絶つ。
- ・ 障害受容、認知。子どもに愛情はあるが一人の人格者とみなすこと。叱責のみの対応でなく、子どもに事情を尋ねたり気持ちを聞いてあげてほしい。
- ・ 本児との面会、外出を父母ともに月 1 回以上は行っていく。状況をみて母宅へ外泊も行っていく。母親の引取り希望もあることから外泊時は母宅から学校への通学を実施し、母が適切に対応できるか確認する。
- ・ 保護者としての自覚を改めて認識すること。児の生命の大切さを認識すること。自身の生活を整えること。
- ・ 実母は、本児が施設入所する時には「この子は自分の子どもとして感じられない」という思いがあった。本児に対する認識を変えられるかが課題となる。
- ・ 父親の本児へ寄せる思いは、やさしい。実生活の中で、本児へは支援が必要だという思いも強い。家庭で本児が安心して暮らせる体制を父親がどのように整えていくかが課題となる。
- ・ 本児の障害特性を良く理解し、本児の衝動的な行動が見られても、暴力により抑えつけることがない状況が必要である。
- ・ 愛情の注ぎ方、間違った本児の関わり方をしてしまうと、同じことがくり返されてしまうと思う。本児の特性をしっかりと理解し、向き合っていくことで、今まで伝わらなかったことも、伝わっていくように感じる。
- ・ 知的・愛着の障害がある本児に対し、一時的ではなく、一生自分達が育てていくという覚悟ができること。
- ・ 育てにくさがあったと思われるが、面会をくり返していただき、本児の発達段階や特性を理解できるような姿勢がみられるとよい。母子関係の修復には時間を要する。「かわいい、一緒にいたい」という気持ちを支援。
- ・ 母はセンターで接する限り、養育能力が乏しいと思え、窓口は常に祖母である。祖母が胃ろう、吸引等のケアや、日常の看護が出来ること。
- ・ 本児との関係性を深めたいが、父子家庭ということと、仕事の都合があわない為、面会の頻度は限られている。親子の関係を築くには至っていない。
- ・ 養育困難であり、保護者は引き取りを望んでいない。
- ・ 産後より 20 年音信がない為難しいと思われる。又、母は精神障害グループホームに入居中の為、引き取りは困難。
- ・ 祖父母は高齢、病弱であり、本児の母親は重度の知的障害あり。祖父母が世話をしている。現段階では困難。
- ・ 適切な養育。養父は高齢、養母は外国人で日本語を話せず意思疎通が困難なため現状では難しい
- ・ 養育者が本人の障害特性に応じた対応をとれるようになること。現在でも児が養育者の言動に振り回される、期待が高まりすぎる、誤学習しやすいため、児と養育者との間で双方とも良い方向へ変化していかないと難しいと感じる。
- ・ 父の本人に対する思いが、能力的に高く見積る傾向があるのと、金銭的な事を望んでの同居を願う恐れがある為、現時点では望めません。
- ・ 引き取りを希望しているが、精神疾患など養育能力に問題があり難しい状況。写真等、時折送って状況を伝えている。

### 37)-3【家庭】(全施設 回答数 587)

#### 主要な条件

【養育者側】の条件と重複が多い。重複を除いた条件としては、家族の健康状態の改善、家庭環境の改善、家族や親族からのサポート、虐待者との別居、福祉サービスの利用、住環境の整備(安全面、衛生面、整理整頓、風呂などの住宅設備など)、本人が落ち着いて過ごせる居場所の確保、重症心身障害児を支える環境などであった。一方、家庭の基盤がない、虐待者がいるなどのため、保護者の所へ帰るのは困難・不可能との意見があった。

#### 具体的な意見

- ・ 実母を含めた家族が安定的に生活を営める状態になること。
- ・ 実母の家庭をサポートするシステムの確立が必要。
- ・ 家庭環境の整備に向けて、家庭訪問を実施し、保護者に本人を引き取る意識づけを実施する。
- ・ 住む所が定まり、通学する学校がはっきりとしたら。
- ・ 母の疾病の治癒。地域福祉との協調性を高める。

- ・生活保護受給されているため、支給金の使い方のフォローを周囲で対応する必要性があり、対応できる方が常にかかわれると可能。
- ・ゆとりをもちながら又、本児と弟の平等が必要である。一日の流れを作りそれにのれるようにしてあげる。
- ・親としての見本となれるような生活リズム、ことば使い、生活態度が求められ家族の笑顔が常にあるようになるとうい。
- ・兄弟間で能力の差が目立って見られており、「できないこと」にスポットを当てられているため、保護者はもちろん、他兄弟からの協力が得られるようになる。
- ・家庭としては孤立している様子が見受けられるため、保護者の話を聞くことや友人も必要ではないかと考える。
- ・新しい養父がキーパーソンとなり温かく迎え入れてもらえる雰囲気ができること。
- ・実母が再婚し、新しい父親との生活になるため引き取りを希望しているが、まず外泊(月 1～2 回)から始め様子をみている(ケースワーカーとも相談)。
- ・きょうだいと本児との関係は悪くないので、きょうだいとのふれあいの機会をできるだけつくる。協力者である祖父母も含めた家族関係調整。
- ・入所後一度も帰省させておらず、本児の居場所はない。
- ・本児の家庭環境を考えると、入所施設で生活する方が本児にとっても保護者にとっても良い状態で一時帰宅等が出来ると思います。
- ・母と祖母の関係等、家庭環境が複雑過ぎて難しい。
- ・今の家族の関係の中に本児が入りこめるかどうか不安。

### 37)-4【周辺、地域】(全施設 回答数 391)

#### 主要な条件

相談しやすい場の確保、地域の福祉サービスの利用、地域との人間関係作り、虐待防止ネットワークの構築、見守り・サポート体制の整備、民生・児童委員、行政、各機関との連携、支援学校への通学（医療的ケアの受入れも含む）、医療的・福祉的サポート体制の構築（レスパイトサービス、緊急時の医療体制など）などであった。

#### 具体的な意見

- ・自宅から同じ学校へ行く親子との交流、民生委員などの定期的自宅訪問、地域に手をさし伸べてくれる人材。
- ・民生・児童委員の活用、地域行事への参加等による地域社会への輪に入る。
- ・地域の障害への理解、包括的にサービスを受けられる環境の充実、教育現場との情報共有と連携。
- ・相談機関の充実、医療機関との連携、児童相談所等による定期的な家庭訪問などが必要。
- ・地域から養育者が孤立しないような関わりが必要。
- ・家族の見守り 下校後の生活(放課後クラブなど)の支援。
- ・学校等、毎日本児のモニタリングが期待できる場が確保されていること。
- ・医療的な支援もできる学校が自宅の近くで見つかるとうい。また、医療的な支援ができる日中一時や、短期入所ができる事業所もあれば保護者の負担も減るだろう。
- ・母と関わりを持つ生活保護のCWと情報共有を図る。地域と連携しながら情報共有に努め、ケース会議を行い地域で支援する枠組みを考えていく。
- ・相談支援が介入し、家庭にアプローチし地域と周辺の社会システムの課題を見つけたとき。
- ・本児の特性を理解し、支援することのできる機関を探し確保する。本児の特性に合った学校を探す。
- ・障がいに対する理解、定期的にセミナー開催、地域のネットワーク。
- ・本人との関わり方や、本人の特性について、母に伝える役割を持つ存在(専門職等)がいること。
- ・近隣の住民ともめごとがなく暮らせる環境。
- ・本児の能力が向上できるような教育・療育の場があるとよい。父母が子育てをする上で困らないようにサポートできるような環境が整っていること。
- ・医療ケア児でも受け入れできる特別支援学校、児童デイサービス。
- ・地域の中に本児のことを知っている方が少ないので、民生委員等見守り体制を整備。保健師や市職員の訪問。児相の継続支援。
- ・母親が関係機関や地域からの助言を受け入れない為、問題になっている事に対応が出来ない。

### 37-5)【その他】(全施設 回答数 178)

100名は保護者の所へ帰るのは困難、不可能との意見であった。それ以外の条件は、上記の4つと重複していた。



### 38) 他施設への転出の手続きについて

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
他施設へ転出が決まっている	29	2.3%	0	0.0%	2	4.4%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	34	1.9%
他施設へ転出の手続きをしているが、まだ具体的に転出は決まっていない	51	4.1%	3	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	16	10.2%	0	0.0%	11	6.0%	0	0.0%	82	4.6%
転出を考えているが、適当な施設がなく手続きをしていない	91	7.2%	0	0.0%	4	8.9%	2	16.7%	13	8.3%	0	0.0%	16	8.7%	1	5.0%	127	7.2%
転出は考えておらず、手続きはしていない	817	64.9%	69	77.5%	35	77.8%	10	83.3%	108	68.8%	4	57.1%	129	70.1%	19	95.0%	1,191	67.2%
その他	53	4.2%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	13	8.3%	1	14.3%	8	4.3%	0	0.0%	76	4.3%
回答なし	216	17.2%	17	19.1%	3	6.7%	0	0.0%	6	3.8%	2	28.6%	18	9.8%	0	0.0%	262	14.8%
合計	1,257	99.9%	89	100.0%	45	100.0%	12	100.0%	157	100.0%	7	100.0%	184	100.0%	20	100.0%	1,772	100.0%

設問 36)-1 で、退所に向け準備を進めている場合、退所先として他施設が 136 名 (7.7%) であったが、実際に他施設へ転出が決まっているのは、34 名 (1.9%) であった。

### 39) 退所が可能となった場合、児への訓練、ケアの必要度について (複数回答)

	知的 (N=1,258)		盲ろう (N=89)		福・肢体 (N=45)		福・自閉 (N=12)		医・肢体 (N=157)		医・自閉 (N=7)		医・重症 (N=184)		国・重症 (N=20)		合計 (N=1,772)	
特別な訓練やケアは必要ない	135	10.7%	13	14.6%	6	13.3%	0	0.0%	13	8.3%	1	14.3%	7	3.8%	1	5.0%	176	9.9%
児の障害に対して診察・訓練が必要である	748	59.5%	52	58.4%	30	66.7%	12	100.0%	132	84.1%	5	71.4%	145	78.8%	15	75.0%	1,139	64.3%
児の合併症についての診察・訓練が必要である	105	8.3%	7	7.9%	10	22.2%	1	8.3%	36	22.9%	0	0.0%	76	41.3%	9	45.0%	244	13.8%
児の虐待による心のケアが必要である	240	19.1%	38	42.7%	11	24.4%	3	25.0%	9	5.7%	0	0.0%	8	4.3%	2	10.0%	311	17.6%
その他	67	5.3%	2	2.2%	3	6.7%	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	5	2.7%	0	0.0%	81	4.6%
回答なし	228	18.1%	4	4.5%	2	4.4%	0	0.0%	8	5.1%	1	14.3%	25	13.6%	2	10.0%	270	15.2%

### 40) 障害児入所施設と障害児虐待について、ご意見がありましたら、どのようなことでもご記入ください (複数冊の個人票がある場合は、1 冊のみにご記入ください) (自由記載) (全施設 回答数 106)

- ・障害児入所施設にも複数人、専門の相談員を配置するべきだと思います。
- ・障害児施設では重度化が進み介護に人手を取られ、個別ケアを必要とする被虐待児への対応するための時間の確保も難しさを感じる。
- ・障害児入所施設にも専門の相談員を配置していただきたい(子どものケアだけでなく、担当職員の相談にもものっていただきたい)。
- ・被虐待児に対して個別ケアをしていく時間や人員が十分に整っていないように感じる。
- ・臨床発達心理の観点から、専門的な支援が必要。こちらのケースは、家庭引きつりの明確な線引きが必要だが、公的なガイドラインがないために後手にまわっている。
- ・入所に当っては、関係機関の連携が必要不可欠。入所後も連携協力の共通認識が図れるとよい。情短施設等専門施設に、障害児受入れ機能を充実させられると良い。
- ・虐待事実を警察権力も介入して明確にしてほしい。あいまいなまま入所した後、トラブルが絶えない。
- ・社会情勢がこの 10 年で大きく変貌し発展を遂げているが、社会的弱者は存在し暮らしや生活に危機的な困難が押し寄せており、ここ最近の入所児童にも大きく影響を受けており、虐待、貧困、離婚、精神疾患、DV、外国籍などを入所理由とする割合が殆どで、児童にとって不適切な生活環境が多数を占めており、措置入所が多く入所している。また、一時保護所や、医療型障がい児入所施設、乳児院、児童養護施設などを経て入所する生育歴を持つ児童が増加している。契約入所は障がいニーズに主眼を置き、児童に対してサービスを行うが、実際の所は過去に虐待歴や、保護者が精神疾患にも関わらず、契約行為を行えると判断し入所させるが、その後の施設とのやりとりや、本人への面会や外出・外泊などの活動を実施出来ない保護者も多く、措置入所以上に家族再統合やリーピングケアに向けて困難な状態が見受けられる。さらに、近年の中で痛感しているのは、一時保護の受け入れの多さである。年間 20 名ほどの受け入れを行い、延べ日数も 365 日を超える年度が増加してきており、その対応にも追われている。その一時保護を委託されるために職員の勤務配置なども考慮するなど、入所児童へのケアと同時に、緊急時にも対応する力量、受け入れ態勢が常に求められる。こういった背景の中、知的発達の遅れと自閉症を併存した特徴のある児童ケアを中心にしていた支援から、育ちの不全や知的発達の偏り、愛着の障害を抱えた児童のケアにもあたらなくてはならない。こういった、職員の配置にも影響している。困難な状況下の中でのケースワークを行い、入所児童の支援を行う。また、同じ児童という枠の中で、児童養護施設との差を感じてしまう。暫定定員払いや、人員配置の問題など処遇面や資金面でも福祉型障がい児施設との差は歴然としており施設の再編を求めたい。
- ・障害児は虐待のリスクを多く持っており、障害児入所施設はその受け皿として、児童養護施設と同じように社会的養護の役割を担い、家庭に替わって養育を行うと同時に必要な療育を行う機関であるべきです。虐待者がしばしば、障害者であることも多く、施設が培ってきたノウハウは役立つと考えます。児童福祉施設としての位置付けが必要であると共に、成人サービスへの移行をスムーズに行える仕組みづくりが求められます。
- ・虐待を受け、障害児入所施設に入所する子どもたちへの施設での支援は、非常に重要であると考えます。愛着形成に課題のある子ども多く、施設でしっかりと支援する必要があると思います。
- ・虐待を受けていると考えられる児は家族の思いよりも本人への適切な養育を優先し、必要であれば早期に施設入所へつなげていくことが望ましいと考えられる。一時保護についてもその期間が長くなりすぎない方が、本人及び家庭にとって良い場合があると思う。



- ・退所をすすめていない。自立(支援を受けつつ)して家族とは距離をとりつつ関わる。家に帰すことはできるだけ避けたい(危険なので)。自身の気持ちを言葉にするのが難しい人たちなので代弁する人が必要。
- ・入所時のケア、向き合っていく、集団の中で、これを行うことへの難しさを日々感じている。
- ・障害児施設は生活訓練という意味合いより、虐待児の保護、支援ということの方が多い。
- ・軽度化が進み、性喚起や暴力がひどい。里親や個室化が急務。
- ・一般的にいわれる障害児施設の施設基準で障害児のケアは不可能。
- ・個別のケアや治療を必要とする児が多いが、それが可能となるような支援体制を作りにくい。
- ・被虐待児の割合が増えており、対応に苦慮している。心理士が配置されているため、対応について学ぶ機会や心理ケアの取り組み体制が必要。
- ・本児の場合は違うが、子どもが障害を持って産まれると対応がわからない、また障害児を産んでしまった等の思いから結果として虐待につながっていくことが多いのではと感じる。虐待している親から愛情を感じることは多い。悪意のある虐待は少ないように思う。
- ・年々被虐待の恐れがある児が増える中、サポートする制度等がないのはどうして？と思います。児童養護施設と何ら変わりはないと思うのですが。
- ・H〇年 8 月～12 月までは一時保護で施設を利用していた。親権者の施設入所への同意が得られず、最終的には家裁の審判による入所措置となった。その間、学校へも通えなかった。どうにかならないものかと思います。また、4 ケ月間施設に入ってくるお金は、少額でした。改善を希望します。
- ・障害特性に加え、被虐待児特有の育てにくさがあります。専門職の適正な配置をお願いします(人手がほしい)。
- ・年々、この様なケースがふえています。
- ・少子高齢化で児童は少なくなっているのにもかかわらず、虐待の件数は増えている様な気がします。私の住んで居る所でも虐待事件で警察が入った事が有り、虐待が行われているのに気づかない事が有りました。それは核社会に依る事が多く影響を受けていると思います。それに依り人間関係の気薄化が大きな要因になっていると思います。その為にも人と人とのネットワークを深く広くつなげて行く必要が有ると思います。この施設で地域に広げ、目の届く支援が出来る様にして行きたいと思います。
- ・虐待のケースにもよと思うが、被虐待児の心と身体をときほぐすには、より専門的知識を有する支援者を障害児施設に配置する必要があるのでは、と思うこともあります。ケースに合った施設に入所することにより虐待児の心身の安定が図れると思う。
- ・虐待を理由に一時保護をひき受けたが、日中のすごしをもう少し考えて頂きたかった。夏休み期間にも入ったので、長期間日中のすごしを寮で行なった。
- ・障害児入所施設内に、虐待を受けた児とそうでない児が混在することによって、受けてない児が二次的(三次的)に心理的ダメージを受けたり、被虐待児同士の関係性の難しさを日々感じる。個々への対応が必要となり、障害児施設の基準についても、以前のものは適応しないのではないかと…?(単純に障害だけによるものでなくなり、本人及び保護者対応が複雑になってきているので)。
- ・家庭復帰への取り組みが施設側も行政側も不十分。
- ・障害児入所施設では、専門職の虐待への対応は難しい。
- ・身体的虐待を受けていても、成人期には、保護者が契約するというのに、心配や矛盾をかんじる(措置された原因は、終っていないのに)。
- ・虐待を受けた子どもの療育はとても難しいです。
- ・児童養護とのギャップ(習い事、バースディケーキやお年玉)を感じずにはいられません。知的軽度な児童は、よくわかっています。
- ・中・軽度の知的障害児の需要が増える中で、知的障害に対する対応に加え、愛着障害への対応も支援者側が心得ていなければならない状況であり、負担感が強まっている。
- ・虐待と知的を併せているので、指導や理解をしてもらう為の声かけや関係性に悩むことがある。集団生活で愛着が乏しい児童で、平等に対応するのが難しい(レベル差もある)。
- ・養育能力に乏しい家庭環境でも、子どもは、施設より家庭に在ることを望みます。切ない部分がありますが、基本的生活習慣は施設の中で身に付けさせていくしかないのかもしれないです。
- ・入所後も落ちついて生活しており、面会・外出も行っているが、面会・外出中にトラブルが起きないように本児童への配慮をしている。
- ・被虐待による措置入所が増えています。また、発達障害と愛着の課題をあわせもつ児の入所が増えており、高い支援力が必要となります。また、入所児だけでなく、保護者支援も必要なことが多いため、児童養護施設と同様、専門職の配置が必要と感じています。
- ・入所施設は被虐待児童にとって安全・安心な日常生活の提供が役割と考えます。心のケアという退所後も背負っていく課題については、関係機関の指導を仰ぎながら対応したいと思います。
- ・ここ、数年、増えているケース。本人だけでなくその家族も支えないといけないことも多く行政関係との連携が必要。
- ・虐待対応について、被虐待児の心のケアは長い期間をかけて生活の場で行われるべきであるが、虐待者への対応については、措置入所であることを考えると施設側からは立ち入れない領域であるように考える。
- ・虐待を受けて入所された方でも課題となる行動がない方もいれば、異性問題が出てくる方、強度行動障がいの方と様々で、環境改善がされ、小グループでの生活支援ができるのが望ましい。

- ・施設よりも家庭に在ることを望むが、基本的な生活習慣は施設の中で身に付けさせていく必要があります。
- ・今後、被虐待児童が増え、措置入所が今以上に増えてくる可能性があると思う。児童施設入所に関しては、(契約)他のサービスが充実しているので、減少傾向になるような気がします。
- ・障害児は、どうしても弱い立場となり、虐待を受けてしまうことが多いのかと感じた。
- ・措置入所の子どもは 18 才以降の生活に不安をかかえている。生活する場を探すのは大変。地域に戻すということは、その方の出身地方での受け入れを考えていただきたい。ネグレクト状態の親に対しての支援に苦慮している。
- ・入所の要因は虐待ですが、日々の生活・支援の中でそこに重きを置いているわけではなく、子どもたちそれぞれの障害特性を重視しています。(虐待故の)愛着障害による精神不安定、性格上の課題等は考えていますが、虐待どうこうで考えたことはないです。
- ・措置入所(その児童の出身地でない場合)の児童に関しては、出身地域の行政がきちんと対応して、将来の生活の場を考えていただきたい。
- ・虐待にて特に措置入所した児童は将来について明確な方向性が必要と思われる。施設側は 18 才に近くなればなるほど困惑する。障害児支援利用計画もないので、早めに相談支援の介入も必要と思われる。
- ・近年、身体的虐待、ネグレクトと並行して心理的虐待が非常に多い。家庭復帰できない(家庭に帰ってきてほしくない)ことを抽象的に示す等、心理的虐待は形としては目に見えない為、保護者自身に自覚がなく入所後も帰省時等繰り返し行われることが多い。措置児童ばかりでなく契約児童にもその傾向があり、学園生活で安定→保護者と会い崩れることを繰り返す為、契約児童を措置にし、保護者との交流を絶つ(期間等を設け、児童、保護者が互いにフラットな状態で交流ができるまで等)ことの必要性を感じることもある。
- ・虐待児の入所が増えており、児童の心理面などの特徴に応じた対応をしていくことが施設に求められていると思う。
- ・専門的な支援を必要とする子ども達がふえています。心理士の配置、職員の増員、研修がほしいです。又職員の精神的ケアも必要です、皆、疲弊しています。
- ・虐待により、年齢相応の発達が遅れたり、得ていかなければいけない社会生活能力を学ぶ機会が失われてしまうことがある。早い段階で入所施設に入所して学びつつ、家庭との良い距離感を見つけていくという選択はとても有効だと思う。
- ・虐待対応における職員配置が欠けている。心理指導担当職員だけでなく、家庭支援専門職員や個別支援対応職員等児童養護施設と同等(それ以上)の配置が必要。
- ・現状を受け入れ、寄り添い、その子を認める。
- ・契約制度導入により、国(行政)の障害児に対する責務が健常児と異なり施設まかせになるところがある。
- ・虐待している保護者は子どもの障がい受容ができていないことが多い。周りの子どもと比べてしまったり、経済的・精神的に余裕がないように思う。
- ・障害(被虐待者)の特性により虐待の発見が遅れてしまう、また発見されずに長年放置されてしまったような事例が多いのではないかとここ数年感じる。ここ 10 年以内での虐待事例の増加が著しく、支援にあたる上で障害の有無で国等の被虐待者への待遇が違わないかと疑問を感じる。
- ・障害がある児童が虐待を受けた場合、保護する点と児童の育成を考えた時虐待者と被虐待者が離れて生活できる点で有効だと思う。
- ・虐待児が障害児入所施設に入所し、知的発達が中程度の児童は安心した生活空間の中で落ち着いていくケースが多いが、知的発達が軽度の児童は特に対人関係においてのトラブルや問題行動の出現が多く、大変なケースも多い。
- ・世間では、虐待が多いと言われていますが、障害児施設に入ってくる児童は少ないです。もう少し早く、障害を発見できれば、虐待も減るのではないのでしょうか。
- ・児童にとって施設に入所することのしんどさはあるが、虐待という状況から変えられることは必要なので、1 つの手段となると思う。
- ・近年とても多くなって来ており、入所施設としては、入所までの、資料が少ないのが困ってしまいます。より良い支援をするためにも細い所まで必要とします。
- ・専門的知識や技術を持ったスタッフが、専属しておらず、普段関わっている支援員が兼務して、フォローや対応をしている。十分に被虐待児への対応ができていないのか疑問を感じる。
- ・各施設で、被虐待へのケア、養育者へのケアができるような職員配置が必要。入所した後行政が介入してくれることはほとんどない。施設まかせだが、施設にはそこまで担う人手はない。
- ・障害児入所施設に心理士の配置が必須ではなく、当施設では支援員が兼任しているが、その為やり辛さがある。被虐待児の入所が増加傾向にあるため、必須にした方がよいのではないかと思います。
- ・入所してから虐待ケースが多く、メンタルサポートする児童が多いが、心理士も現場に入っているため、心理だけで対応する必要がある。また、支援者も相談できる心理士をおく必要があると思う。
- ・入所理由として、虐待が増加傾向にあることを受けて、特に未就学児へのフォロー(保護者支援も含めて)をしっかりと行って行き、虐待防止を図っていかなければならないと思う。
- ・心理士はいるものの通常の勤務に入っていることもあり、また、ゆっくり話をきいてあげたい時に業務上話ができないなど、時間が限られている。人数的な面でも、しんどいと思う。
- ・虐待ケースが年々増加しているのを感じる一方で、障害の程度が軽度の利用者も増えていることから、虐待がなければ障害児にはな

っていなかったのではと感じる利用者が年々増えているように思う。

- 被虐待児童が入所数の大半を占めている現状であり、専門的な支援の必要性を強く感じているが、実状としてはごく一部の対象者への支援に限られており、それも通常支援業務の中では限界である。専門職または専門施設の必要性を強く要望したい。
- 当所では入所児童全員に保護者の同意の元、個別支援計画を作成しているが、虐待ケースの場合はそぐわないように感じる(保護者が虐待が主たる入所理由と認識していないため、本音で計画が作れず、協力してもらえない)。入所後も継続して見立てができる職種(心理職等)が必要。
- 障害児に対する心のケアの方法が確立されていない為、今後支援方法などを検証していく必要がある。
- 虐待という行為に対して、あまりにネガティブな印象がある。名称の変更を願います。
- 同じ障害名でも個々の特性が異なり、さらに、虐待背景をもつことで、より個別支援が必要な対象である。しかし、集団生活では個に合わせた対応に限界があるのが実状である。里親のような生活環境が望ましいと考えている。
- 虐待を受け、措置される児童にはかわりないが、障害を持ち養護施設に措置される児と障害児入所施設に措置される児とでは、ケアを受けるという点においても、ソフト面、ハード面で障害児入所施設は遅れを取っており、虐待児へのケアという視点に欠けているように感じる。
- 家庭との連絡がなかなかとれない(家庭の事情で)家庭が多く面会等もできず、児の心理面フォローが必要だと常々感じます。
- 虐待児の支援には、早期発見し、保護する事が大事で、又支援の質の向上も求められると思います。
- 入所児童の 90%以上が虐待や虐待の疑いで入所しているが心理職の配置もなく、対応が難しい。
- 今回のケースは、実母による虐待によって障害(片麻痺等)を生じたケースである。基本的には家庭引き取りが一番理想かもしれないが、このケースの場合、実母の元に戻っても非常に危険であると考えられる。必ずしも引き取りが一番の幸せではないと感じた。
- 虐待面と障害面の 2 つの問題を抱えた児童の支援をするためには、もっと現場職員を増やしこまやかなケアをしていく必要があると思います。
- 虐待経験も知的な障害も持つ子がいる施設が 24 時間、交代制で勤務できる職員体制を維持できる人員体制へのバックアップをお願いします。
- 障害児入所施設に入所している子にとって、第 2 の家庭となるように退所するまでしっかりと支援をしていく必要があります。職員 1 人ひとりその責任を持っていかなければいけないと思います。
- 障がい児の施設ということで、職員への負担も多くなる上、児童に厳しくあたってしまう場合があるかもしれません。しかし、一線は越えてはいけなく考えます。暴力で支配しても、子どもは育たないと思うので、虐待のない施設にしていきたいです。
- 障害児の虐待がはじまるのは、生後すぐ(1 歳まで)であり、両親の知的障害や婚外子が圧倒的に多く、養育能力がないのに次々と出産している状況である。できる限り早く子どもを乳児院に入所させ、その親の保護、監督をしない限り、この問題の解決の道はないように思われる。
- ・各フロア(ユニット)ごとに、様々な虐待ケースの児童が入所して生活しています。個々だけではなく、集団になった時の対応等も難しい。集団としてのアドバイスも定期的に伺えると、日々の支援にも役立つと思う。
- 児童虐待がなくならない現状では、障害児を対象とした入所施設は必要であると感じています。
- 絶対に虐待はあってはならないことである。しかし、福祉従事者の体制、手当て、体調管理、経済的安定が保障される制度がないと従事者が働きにくい。
- 施設入所してしまうと、当施設から働き掛けられない限り、児童相談所の関わりは年 1 回の定期訪問程度しかなくなってしまうている。児童養護施設に比べると、被虐待児童が少ないためか、児相が定期的に訪問している児童養護施設に比べて、児童相談所の関わりが弱いように感じられる。
- 入所施設では日常業務が多く、被虐待児への丁寧な支援が難しいので、外部からもサポートがあればよりよくなると思います。
- 虐待は人間であれば誰もがしてしまう可能性がある為「自分は関係ない」ではなく、常日頃から虐待に対しての意識を持つ必要がある。虐待が起こる背景を考え、職場環境等も改善する必要がある。
- 本児は、中年長～小 6 について、虐待があった様子である。虐待というよりも、生活苦(父)によるものであり、また父の疾病によるものと考ええる。
- 入所に至るまで、親子共に精神的に深い傷を負っており、可能な限り早期介入を要する必要性を感じた。親子の絆を修復するには、相当の時間と能力(労力)を要すると感じています。
- 施設入所児のほとんどが被虐待児で家庭に戻る見込みがないのかかわらず、入所してしまうと児相の指導が継続しません。改善を期待します。
- 障害児に対する虐待児対応について、児童相談所も施設もそのノウハウを持ち合わせていないところがあると思う。
- 児童が重症心身障害児のためコミュニケーションがとれない。職員の不適切な言動がないように指導、観察を行っていく。
- ○○県では肢体不自由児の虐待ケースが児相からあがってこない。そのため、過去数年、虐待で措置入所となったケースはほとんどない。どこに課題があるのか、県として把握する必要があると感じる。
- 当施設には心理職がおらず、特に虐待に対する支援が行なえていない状況である。障害児入所施設にも児童養護施設に配置されて

いるファミリーソーシャルワーカーの配置についても制度化してほしい。※ファミリーソーシャルワーカーは、早期の家庭復帰等を支援する体制の強化と被虐待児に適切に対応するために制度化されたものである。

- 障がい児入所施設に多くの被虐待児がいることが社会で周知されることで、子どもたちが十分な支援・社会経験を積めるよう、施策がかわるとよい。経営の厳しさが子どもの生活や支援の乏しさにつながることはないよう、加算等充実させてほしい。退所後のアフターケアがしっかりできるような加算があるとよいと思う。
- 重症心身障害児の場合、重い障害をもともと受容するのが困難なことに加え、脳に重いダメージを負っているため、成長に伴って、身体の変化が出てくることが多いが、保護者は一緒に過ごす時間が少ないため、受けとめにくい。また、家庭環境の見えにくさもあり、精神的な不安定さの理由も分かりにくい。主に母への支援が必要なケースが多いが、他機関へはつながりにくい。
- 母の精神状態の改善で、家庭復帰が見込まれるケース。それまでの支援には施設入所が必須だったと思われます。
- 障害児という一くくりではなく、同じ児童なのだから障害児に対しても虐待を受けた児への配慮、親支援が必要だと思います。又、働いている職員も、その辺りの知識や認識に欠けている人もいますので、障害児虐待への教育も必要だと思います。
- 家族と連絡がすぐに取れる状況に児相はいて欲しい。
- 保護者から虐待があり、措置で入所したにも関わらず、20歳になったら児童相談所から市役所に担当が変更になるため、虐待の有無に関わらず契約になります。そうすると年金の使い込みや面会にまったく来ない、電話も出ない、体調が良くない時の医療同意がもらえないなど、多くの問題があります。
- 虐待での措置入所の経緯であり、このままいくと、18歳で措置から契約に切り変わるという状況になる。特例の措置延長も20歳までで、障害基礎年金の受給対象になると、子ども家庭センターから市役所にケース移管となる。そうすると保護者による年金の使い込みや面会の減少、医療的な問題(同意等)が、発生してくることが予想されます。
- 児童施設の役割として社会的養護的な入所支援の重要性は理解に努めています。しかし虐待案件の入所支援として、家族再統合へも視野をひろげた施設職員のスキルアップしていく必要性を感じます。それと共に児相職員も含めた施設入所後の連携方法やシステム構築の必要性を感じます。
- 殆どのケースが、家庭復帰できない。もしくは、家庭復帰したが、再虐待で入所となるケースが多い。保護者との関わり等、児相、地域等との連携が大切と感じる。しかし、中々、連携がとれない。

## Ⅱ. 短期入所・日中一時支援利用児童についての調査

### A. 施設調査票による調査

- ①対象施設：短期入所・日中一時支援を実施している障害児入所施設および国立病院機構重症心身障害児者病棟
- ②対象児童：平成27年4月1日～平成28年3月31日のすべての利用児童（20歳未満）
- ③調査の内容：対象施設の、短期入所・日中一時支援利用児童数、および被虐待・被虐待疑い児童数

### 調査集計結果

調査対象 492 施設中、206 施設から施設調査票の返送があった。返送率は 41.9%である。このうち、利用児童が 0 名であった 26 施設、被虐待児童が不明の 1 施設を除く、179 施設について集計した。

#### (1) 短期入所・日中一時支援利用児童数（施設の種別）（N=8,077）

知的	3,775	46.7%
盲ろう	192	2.4%
福・肢体	520	6.4%
福・自閉	296	3.7%
医・肢体	1,130	14.0%
医・自閉	0	0.0%
医・重症	1,922	23.8%
国・重症	242	3.0%
合計	8,077	100.0%

(2) 被虐待児童、被虐待疑い児童、全被虐待児童の数と、短期入所・日中一時支援利用児童に占める割合  
(施設の種別別)

	被虐待児童				被虐待疑い児童				全被虐待児童			
	男	女	合計		男	女	合計		男	女	合計	
知的	27	8	35	0.9%	18	20	38	1.0%	45	28	73	1.9%
盲ろう	0	0	0	0.0%	0	2	2	1.0%	0	2	2	1.0%
福・肢体	5	1	6	1.2%	0	0	0	0.0%	5	1	6	1.2%
福・自閉	1	0	1	0.3%	1	0	1	0.3%	2	0	2	0.7%
医・肢体	4	0	4	0.4%	3	2	5	0.4%	7	2	9	0.8%
医・自閉	0	0	0	0.0%	0	0	0	0.0%	0	0	0	0.0%
医・重症	3	3	6	0.3%	4	5	9	0.5%	7	8	15	0.8%
国・重症	0	0	0	0.0%	1	0	1	0.4%	1	0	1	0.4%
合計	40	12	52	0.6%	27	29	56	0.7%	67	41	108	1.3%

全利用児童は8,077名で、このうち被虐待児童は52名（男40名、女12名）、被虐待疑い児童は56名（男27名、女29名）であった。これらを合計した全被虐待児童（被虐待児）は108名（男67名、女41名）で、被虐待児が利用児童に占める割合は1.3%であった。施設の種別別では、知的障害児施設が73名（1.9%）と最も多くみられた。

## B. 児童個人票による調査

- ①対象施設：（1）施設調査票と同じ。
- ②対象児童：（1）施設調査票と同じ。
- ③調査の内容：被虐待および被虐待疑いに該当する児童の個々の状況や対応などにつき、児童個人票を用いて調査した。

## 調査集計結果

### 1) 児童個人票の回答施設数と回答人数（施設の種別別）

	知的	盲ろう	福・肢体	福・自閉	医・肢体	医・自閉	医・重症	国・重症	合計
回答施設数 (N=45)	24 53.3%	1 2.2%	3 6.7%	1 2.2%	7 15.6%	0 0.0%	8 17.8%	1 2.2%	45 100.0%
回答人数 (N=102)	48 47.1%	2 2.0%	25 24.5%	2 2.0%	10 9.8%	0 0.0%	14 13.7%	1 1.0%	102 100.0%

45施設から102名の児童個人票が返送された。施設の種別別では知的障害児施設が最も多く、24施設（53.3%）、48名（47.1%）であった。

8つの施設の種別別では人数が少ないため、「知的」、「福・自閉」、「医・自閉」を一括して「知的・自閉」（50名）、「盲ろう」、「福・肢体」、「医・肢体」、「医・重症」、「国・重症」を一括して「身体」（52名）の2グループ別に集計した。

### 2) 被虐待児童、被虐待疑い児童の人数

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
被虐待児童	21	42.0%	22	42.3%	43	42.2%
被虐待疑い児童	29	58.0%	30	57.7%	59	57.8%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

施設の判断による被虐待疑い児童は59名（57.8%）であった。入所児童では22.9%であり、短期入所・日中一時支援利用中に施設で虐待が発見されている児童が多いことが考えられる。

以下、児童個人票の設問に沿って集計する。

集計は、被虐待児童および被虐待疑い児童を合わせた全被虐待児童（被虐待児）で行った。

## 1. 被虐待児について

### 1)-1 年齢（回答なし：知的1名、医・重症1名、合計2名）

	知的・自閉(N=50)	身体(N=52)	全体(N=102)
平均年齢(歳)	11.3	10.1	10.7
SD	3.4	3.7	3.6
最少年齢(歳)	1	1	1
最大年齢(歳)	18	18	18

注：児童個人票にいつの時点での年齢にするか記載していなかったため、いつの時点での年齢かは不明。  
生年月日の記入があり年齢が未記入の場合は、平成28年3月31日現在として年齢を計算した。

### 1)-2 性別

	知的・自閉(N=50)	身体(N=52)	全体(N=102)
男	33 66.0%	26 50.0%	59 57.8%
女	17 34.0%	24 46.2%	41 40.2%
回答なし	0 0.0%	2 3.8%	2 2.0%
合計	50 100.0%	52 100.0%	102 100.0%

## 2) 対象期間中の利用実績

### 2)-1 総利用回数（回答なし：知的・自閉3名、身体2名、合計5名）

	知的・自閉(N=47)	身体(N=50)	全体(N=97)
平均値(回)	23.0	11.1	16.7
SD	25.1	12.0	18.5
最小値(回)	1.0	1.0	1.0
最大値(回)	200.0	64.0	200

### 2)-2 総利用日数（回答なし：知的・自閉3名、身体3名、合計6名）

	知的・自閉(N=47)	身体(N=49)	全体(N=96)
平均値(日)	53.6	30.6	42.2
SD	50.5	26.8	38.6
最小値(日)	2.0	1.0	1.0
最大値(日)	273.0	159.0	273.0

## 3) 短期入所・日中一時支援の利用目的（複数回答）

	知的・自閉(N=50)	身体(N=52)	全体(N=102)
冠婚葬祭	0 0.0%	2 3.8%	2 2.0%
療育者の疾病	12 24.0%	6 11.5%	18 17.6%
妊娠・出産	1 2.0%	0 0.0%	1 1.0%
レスパイト	28 56.0%	37 71.2%	65 63.7%
虐待や不適切な養育からの保護	25 50.0%	17 32.7%	42 41.2%
その他	15 30.0%	8 15.4%	23 22.5%
回答なし	2 4.0%	2 3.8%	4 3.9%

虐待や不適切な養育からの保護としての利用が42名（41.2%）みられ、短期入所・日中一時支援が障害児虐待予防の役割を担っていることが示された。

## 4) 現在（最終利用日）の障害の種類と程度

### 4)-1 療育手帳

	知的・自閉(N=50)	身体(N=52)	全体(N=102)
あり	44 88.0%	33 63.5%	77 75.5%
なし	5 10.0%	5 9.6%	10 9.8%
不明	0 0.0%	13 25.0%	13 12.7%
回答なし	1 2.0%	1 1.9%	2 2.0%
合計	50 100.0%	52 100.0%	102 100.0%

#### 4)-2 身体障害者手帳

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
あり	1	2.0%	24	46.2%	25	24.5%
なし	36	72.0%	22	42.3%	58	56.9%
不明	1	2.0%	2	3.8%	3	2.9%
回答なし	12	24.0%	4	7.7%	16	15.7%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

#### 4)-3 精神障害者保健福祉手帳

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
あり	0	0.0%	2	3.8%	2	2.0%
なし	35	70.0%	34	65.4%	69	67.6%
不明	2	4.0%	4	7.7%	6	5.9%
回答なし	13	26.0%	12	23.1%	25	24.5%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

#### 4)-4-1 重症児スコア（大島分類）

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
該当あり	1	2.0%	13	25.0%	14	13.7%
該当なし	21	42.0%	24	46.2%	45	44.1%
回答なし	28	56.0%	15	28.8%	43	42.2%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

#### 4)-4-2 超重症児スコア

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
該当あり	0	0.0%	9	17.3%	9	8.8%
該当なし	22	44.0%	27	51.9%	49	48.0%
回答なし	28	56.0%	16	30.8%	44	43.1%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

#### 4)-5 重症児横地分類

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
該当あり	1	2.0%	6	11.5%	7	6.9%
未測定	3	6.0%	30	57.7%	33	32.4%
該当なし	17	34.0%	4	7.7%	21	20.6%
回答なし	29	58.0%	12	23.1%	41	40.2%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

#### 4)-6 障害支援区分

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
該当あり	12	24.0%	4	7.7%	16	15.7%
未決定	8	16.0%	23	44.2%	31	30.4%
該当なし	6	12.0%	13	25.0%	19	18.6%
回答なし	24	48.0%	12	23.1%	36	35.3%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%



5) 初めて虐待が生じた年齢（回答なし：知的・自閉4名、身体1名、合計5名）

	知的・自閉(N=14)	身体(N=14)	全体(N=28)
平均年齢(歳)	7.7	4.2	6.0
SD	3.3	3.8	4.0
最大年齢(歳)	0	0	0
最小年齢(歳)	16	15	16
不明(人数)	32	37	69

初めて虐待が生じた年齢は、全体では6.0歳であったが、入所児童と同じように「身体」では「知的・自閉」よりも低年齢であった。

6) 虐待の種類（主たる虐待：一つのみ回答、従たる虐待：複数回答）

	主たる虐待						従たる虐待						主および従たる虐待の合計					
	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)		知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)		知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
身体的虐待	5	10.0%	4	7.7%	9	8.8%	14	28.0%	17	32.7%	31	30.4%	19	38.0%	21	40.4%	40	39.2%
性的虐待	0	0.0%	1	1.9%	1	1.0%	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	1	2.0%	1	1.9%	2	2.0%
ネグレクト	8	16.0%	4	7.7%	12	11.8%	23	46.0%	31	59.6%	54	52.9%	31	62.0%	35	67.3%	66	64.7%
心理的虐待	3	6.0%	0	0.0%	3	2.9%	17	34.0%	11	21.2%	28	27.5%	20	40.0%	11	21.2%	31	30.4%
回答なし	34	68.0%	43	82.7%	77	75.5%	12	24.0%	7	13.5%	19	18.6%	2*	4.0%	3*	5.8%	5*	4.9%

\*：主たる虐待と従たる虐待のいずれにも回答なし

ネグレクトが66名（64.7%）と最も多く、身体的虐待が40名（39.2%）だった。

7) 貴施設での虐待として対応の有無

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
対応あり	29	58.0%	21	40.4%	50	49.0%
特別な対応をしていない	20	40.0%	29	55.8%	49	48.0%
回答なし	1	2.0%	2	3.8%	3	2.9%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

7)-1 対応ありの場合、対応開始年齢

	知的・自閉(N=29)	身体(N=21)	全体(N=50)
平均年齢(歳)	9.4	6.3	8.1
SD	3.6	3.4	3.8
最大年齢(歳)	2	1	1
最小年齢(歳)	17	14	17

8) 虐待を受ける前の基礎疾患、障害の有無

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
不明	2	4.0%	1	1.9%	3	2.9%
なし	0	0.0%	3	5.8%	3	2.9%
あり	47	94.0%	48	92.3%	95	93.1%
回答なし	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%



## 8)-1 基礎疾患、障害の内容

### 8)-1-1 【S：主に身体障害者手帳関係の疾患・障害】

(複数回答のため除外：知的・自閉 1 名、身体 4 名、合計 5 名)

	知的・自閉(N=46)		身体(N=44)		全体(N=90)	
S1 脳性麻痺	0	0.0%	10	22.7%	10	11.1%
S2 頭部外傷後遺症	0	0.0%	1	2.3%	1	1.1%
S3 頭蓋内感染症(急性脳症を含む)後遺症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S4 二分脊椎またはその他の脊髄損傷	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S5 神経筋疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S6 先天性四肢形成不全症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S7 骨関節疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S8 その他先天性疾患	2	4.3%	4	9.1%	6	6.7%
S9 視覚障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S10 聴覚障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S11 音声・言語障害、嚥下障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S12 内部障害(心臓・呼吸・腎臓・泌尿器)	1	2.2%	1	2.3%	2	2.2%
S13 その他	0	0.0%	2	4.5%	2	2.2%
S14 Sに関しては不明	2	4.3%	1	2.3%	3	3.3%
S15 Sに関する疾患・障害なし	22	47.8%	20	45.5%	42	46.7%
回答なし	19	41.3%	5	11.4%	24	26.7%
合計	46	100.0%	44	100.0%	90	100.0%

### 8)-1-2 【R：主に、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳関係の疾患・障害】

(複数回答のため除外：知的・自閉 10 名、身体 4 名、合計 14 名)

	知的・自閉(N=37)		身体(N=44)		全体(N=81)	
R1 知的障害	30	81.1%	23	52.3%	53	65.4%
R2 染色体異常	1	2.7%	0	0.0%	1	1.2%
R3 自閉症スペクトラム障害	4	10.8%	8	18.2%	12	14.8%
R4 学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5 注意欠如多動性障害(ADHD)	1	2.7%	6	13.6%	7	8.6%
R6 高次脳機能障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R7 その他	0	0.0%	2	4.5%	2	2.5%
R8 Rに関しては不明	0	0.0%	1	2.3%	1	1.2%
R9 Rに関する疾患・障害なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
回答なし	1	2.7%	4	9.1%	5	6.2%
合計	37	100.0%	44	100.0%	81	100.0%

基礎疾患、障害の内容は、設問で「S と R からそれぞれ 1 つのみ選択」としたため、複数回答は除外して集計した。それぞれの基礎疾患・障害の割合は、本来なら総人数に占める割合を計算するべきであるが、複数回答を除外したため、1 つのみ回答した人数に占める割合を計算した。このため、それぞれの割合は、総人数での割合を反映していない。

## 9) 虐待を受けた後の現在（最終利用日）の基礎疾患、障害

### 9)-1 【S：主に身体障害者手帳関係の疾患・障害】

（複数回答のため除外：知的・自閉1名、身体6名、合計7名）

	知的・自閉 (N=49)		身体 (N=46)		全体 (N=95)	
S1 脳性麻痺	0	0.0%	11	23.9%	11	11.6%
S2 頭部外傷後遺症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S3 頭蓋内感染症(急性脳症を含む)後遺症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S4 二分脊椎またはその他の脊髄損傷	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S5 神経筋疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S6 先天性四肢形成不全症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S7 骨関節疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S8 その他先天性疾患	2	4.1%	4	8.7%	6	6.3%
S9 視覚障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S10 聴覚障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S11 音声・言語障害、嚥下障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S12 内部障害(心臓・呼吸・腎臓・泌尿器)	1	2.0%	1	2.2%	2	2.1%
S13 その他	0	0.0%	3	6.5%	3	3.2%
S14 Sに関する疾患・障害なし	26	53.1%	21	45.7%	47	49.5%
回答なし	20	40.8%	6	13.0%	26	27.4%
合計	49	100.0%	46	100.0%	95	100.0%

### 9)-2 【R：主に、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳関係の疾患・障害】

（複数回答のため除外：知的・自閉9名、身体5名、合計14名）

	知的・自閉 (N=41)		身体 (N=47)		全体 (N=88)	
R1 知的障害	31	75.6%	23	48.9%	54	61.4%
R2 染色体異常	1	2.4%	0	0.0%	1	1.1%
R3 自閉症スペクトラム障害	5	12.2%	8	17.0%	13	14.8%
R4 学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5 注意欠如多動性障害(ADHD)	1	2.4%	6	12.8%	7	8.0%
R6 高次脳機能障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R7 その他	0	0.0%	4	8.5%	4	4.5%
R8 Rに関する疾患・障害なし	1	2.4%	0	0.0%	1	1.1%
回答なし	2	4.9%	6	12.8%	8	9.1%
合計	41	100.0%	47	100.0%	88	100.0%

基礎疾患、障害の内容は、設問で「SとRからそれぞれ1つのみ選択」としたため、複数回答は除外して集計した。それぞれの基礎疾患・障害の割合は、本来なら総人数に占める割合を計算するべきであるが、複数回答を除外したため、1つのみ回答した人数に占める割合を計算した。このため、それぞれの割合は、総人数での割合を反映していない。

## 10) 虐待と現在（最終利用日）の基礎疾患、障害（主となる診断名）との関係

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
もともと正常だったが、虐待の結果、基礎疾患、障害が生じた	0	0.0%	3	5.8%	3	2.9%
もともと基礎疾患、障害があり、虐待の結果、基礎疾患、障害の程度が悪化した、もしくは、新たな基礎疾患、障害が生じた	5	10.0%	1	1.9%	6	5.9%
もともと基礎疾患、障害があり、虐待の後でも程度の変化はない	30	60.0%	42	80.8%	72	70.6%
虐待が原因であるとの証拠はないが、関連が強く疑われる	7	14.0%	0	0.0%	7	6.9%
その他	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
不明	5	10.0%	6	11.5%	11	10.8%
回答なし	2	4.0%	0	0.0%	2	2.0%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

16名（15.7%）が虐待の結果（強い疑いを含む）、基礎疾患、障害が生じたり、その程度が悪化していた。

## 11) 虐待を受けた後の現在（最終利用日）の合併症の診断名と虐待との関係（全施設）

虐待との関係	知的障害(N=69)		運動障害(N=50)		視覚障害(N=42)		聴覚障害(N=40)		てんかん(N=45)	
虐待後、後遺症として合併症が生じた	3	4.3%	3	6.0%	2	4.8%	0	0.0%	3	6.7%
虐待後、後遺症として合併症の程度がさらに強くなった	4	5.8%	2	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%
虐待後でも合併症の程度は変化していない	46	66.7%	32	64.0%	17	40.5%	17	42.5%	21	46.7%
不明	16	23.2%	13	26.0%	23	54.8%	23	57.5%	20	44.4%
合計	69	100.0%	50	100.0%	42	100.0%	40	100.0%	45	100.0%

## 2. 保護者（虐待者）および家庭について

### 12) 虐待者（主たる虐待者：1人のみ回答、従たる虐待者：複数回答）

	主たる虐待者						従たる虐待者						主および従たる虐待者の合計					
	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)		知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)		知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
実父	8	16.0%	2	3.8%	10	9.8%	9	18.0%	16	30.8%	25	24.5%	17	34.0%	18	34.6%	35	34.3%
実母	24	48.0%	19	36.5%	43	42.2%	17	34.0%	26	50.0%	43	42.2%	41	82.0%	45	86.5%	86	84.3%
継父	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	2	4.0%	0	0.0%	2	2.0%	3	6.0%	0	0.0%	3	2.9%
継母	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
祖父	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
祖母	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.0%	1	2.0%	1	1.9%	2	2.0%
その他の家族	0	0.0%	1	1.9%	1	1.0%	1	2.0%	1	1.9%	2	2.0%	1	2.0%	2	3.8%	3	2.9%
親戚	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
同居人	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	0*	0.0%	0*	0.0%	0*	0.0%
回答なし	16	32.0%	30	57.7%	46	45.1%	21	42.0%	9	17.3%	30	29.4%	0*	0.0%	0*	0.0%	0*	0.0%

注：主たる虐待者には、虐待者を2人（祖父と祖母）記入した回答1つを含む

\*：主たる虐待者、従たる虐待者のいずれも不明あるいは回答なしの人数

主たる虐待者と従たる虐待者の合計では、入所児童と同様に、実母が86名（84.3%）と最も多くみられた。

### 13) 主たる虐待者の離婚歴

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
①離婚あり	22	44.0%	7	13.5%	29	28.4%
離婚回数						
1回	21	42.0%	5	9.6%	26	25.5%
2回	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
回答なし	0	0.0%	2	3.8%	2	2.0%
②離婚なし	17	34.0%	18	34.6%	35	34.3%
③不明	9	18.0%	26	50.0%	35	34.3%
④回答なし	2	4.0%	1	1.9%	3	2.9%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

### 14) 従たる虐待者の離婚歴

全体で、離婚歴の回答があった従たる虐待者 54 名中、「離婚あり」は 5 名（1 回 3 名、2 回 1 名、回数の回答なし 1 名）（9.2%）であった。

### 15) 同胞への虐待またはその疑い

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
虐待あり	7	14.0%	3	5.8%	10	9.8%
虐待の疑いあり	7	14.0%	9	17.3%	16	15.7%
虐待なし	9	18.0%	6	11.5%	15	14.7%
同胞なし	12	24.0%	14	26.9%	26	25.5%
不明	12	24.0%	18	34.6%	30	29.4%
回答なし	3	6.0%	2	3.8%	5	4.9%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

### 16) 虐待者への公的な対応（複数回答）

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
①児童相談所等対応(福祉指導など)						
あり	32	64.0%	33	63.5%	65	63.7%
なし	10	20.0%	4	7.7%	14	13.7%
不明	4	8.0%	13	25.0%	17	16.7%
②警察介入						
あり	9	18.0%	3	5.8%	12	11.8%
なし	20	40.0%	13	25.0%	33	32.4%
不明	5	10.0%	17	32.7%	22	21.6%
③法的対応						
あり	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
なし	24	48.0%	14	26.9%	38	37.3%
不明	6	12.0%	17	32.7%	23	22.5%
④全てなし	10	20.0%	3	5.8%	13	12.7%
⑤全て不明	4	8.0%	10	19.2%	14	13.7%
⑥全て回答なし	3	6.0%	2	3.8%	5	4.9%

### 17) 虐待者の認識

	知的・自閉 (N=50)		身体 (N=52)		全体 (N=102)	
虐待を自覚	6	12.0%	6	11.5%	12	11.8%
行為は認めるが虐待とは認めない・問題意識なし	27	54.0%	15	28.8%	42	41.2%
自らの非を認めない・他の責任にする	3	6.0%	7	13.5%	10	9.8%
行為を覚えていない	0	0.0%	5	9.6%	5	4.9%
その他	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
不明	12	24.0%	19	36.5%	31	30.4%
回答なし	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

行為は認めるが虐待と認めない・問題意識なしが 42 名（41.2%）で最も多く、虐待を自覚しているのは 12 名（11.8%）であった。

### 18)-1 虐待と関連していると考えられる要因・背景の有無

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
あり	42	84.0%	46	88.5%	88	86.3%
特になし	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
不明	6	12.0%	6	11.5%	12	11.8%
回答なし	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
合計	50	100.0%	52	100.0%	102	100.0%

### 18)-2 背景・要因の内容（複数回答）

#### 18)-2-1 妊娠・出産に関すること

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
望まない妊娠・出産	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
出生後、長期収容分離	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
婚外子	0	0.0%	1	1.9%	1	1.0%
出産後不調・疾患	4	8.0%	2	3.8%	6	5.9%
その他	7	14.0%	5	9.6%	12	11.8%

#### 18)-2-2 養育者の問題

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
精神疾患	17	34.0%	14	26.9%	31	30.4%
身体的疾患	3	6.0%	4	7.7%	7	6.9%
神経症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
アルコール中毒	0	0.0%	2	3.8%	2	2.0%
薬物濫用	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
知能の問題	11	22.0%	18	34.6%	29	28.4%
性格の問題	11	22.0%	18	34.6%	29	28.4%
生育歴の問題	3	6.0%	3	5.8%	6	5.9%
生育歴の内容						
虐待を受けた	0	0.0%	1	1.9%	1	1.0%
その他	1	2.0%	2	3.8%	3	2.9%
その他	6	12.0%	4	7.7%	10	9.8%

#### 18)-2-3 児の問題

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
疾病・障害	28	56.0%	31	59.6%	59	57.8%
行動の問題	18	36.0%	26	50.0%	44	43.1%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

#### 18)-2-4 家庭の問題

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
経済的不安定	18	36.0%	25	48.1%	43	42.2%
夫婦不和・不安定	5	10.0%	10	19.2%	15	14.7%
他の家族との葛藤(嫁・姑の問題など)	4	8.0%	4	7.7%	8	7.8%
育児負担過大	20	40.0%	30	57.7%	50	49.0%
孤立した家庭	16	32.0%	14	26.9%	30	29.4%
その他	7	14.0%	0	0.0%	7	6.9%

入所児童と同様に、児の問題で疾病、障害が最も多く、59名（57.8%）であった。また、家庭の問題で育児負担過大が50名（49.0%）であり、養育者に対してさらに継続した支援が必要であることが示された。

## 3. 貴施設での対応について

### 19) 貴施設が虐待として気づいた経緯（複数回答）

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
貴施設で発見(併設している施設(通園など)を含む)	18	36.0%	19	36.5%	37	36.3%
他機関から連絡があった	35	70.0%	33	63.5%	68	66.7%
回答なし	3	6.0%	3	5.8%	6	5.9%

37名（36.3%）は、施設で虐待が発見されており、短期入所・日中一時支援が虐待の発見としての役割を

担っていることが示された。

### 19)-1 貴施設で発見した場合、発見した経緯（複数回答）

	知的・自閉(N=18)		身体(N=19)		全体(N=37)	
職員が気づく	11	61.1%	11	57.9%	22	59.5%
児から相談	4	22.2%	0	0.0%	4	10.8%
虐待者から相談	4	22.2%	3	15.8%	7	18.9%
家族・親戚から相談	3	16.7%	2	10.5%	5	13.5%
知人・友人などからの連絡	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	1	5.6%	4	21.1%	5	13.5%

### 20) 貴施設で虐待を発見した場合、対応連携先

#### 20)-1 施設内での対応連携先（複数回答）

	知的・自閉(N=18)		身体(N=19)		全体(N=37)	
施設長	16	88.9%	11	57.9%	27	73.0%
児童発達支援管理責任者	13	72.2%	8	42.1%	21	56.8%
SW・MSW	0	0.0%	3	15.8%	3	8.1%
医師	0	0.0%	3	15.8%	3	8.1%
看護部	4	22.2%	5	26.3%	9	24.3%
指導科(指導室)	0	0.0%	11	57.9%	11	29.7%
虐待対策委員会などの施設内組織	7	38.9%	4	21.1%	11	29.7%
その他	2	11.1%	0	0.0%	2	5.4%
回答なし	1	5.6%	1	5.3%	2	5.4%

#### 21) 貴施設で虐待を発見した場合、連携した内容（複数回答）

	知的・自閉(N=18)		身体(N=19)		全体(N=37)	
ケース会議	7	38.9%	6	31.6%	13	35.1%
家庭訪問	0	0.0%	1	5.3%	1	2.7%
その他	4	22.2%	5	26.3%	9	24.3%
回答なし	7	38.9%	8	42.1%	15	40.5%

### 22) 貴施設で虐待を発見した場合、連携についてのご意見（自由記載）（全施設 回答数 18）

- ・本人に変化があった際、情報共有に努めている。
- ・情報共有に努めている。
- ・児童相談所及び子ども家庭支援センターに連絡し、会議により情報共有等図る。
- ・児相の介入が不足していたと思われる。児相は措置入所ケースと判断しなかったが、あきらかにネグレクト状態であった。
- ・定期的に情報提供したり、関係機関より定期的なケース会議が行われている。
- ・子ども家庭支援センター、学校、障害福祉課等と、連携するように努めている。
- ・計画相談事業所が被虐待児と虐待者である母親の計画相談で関わっていることから、親子の状態、状況について利用時の様子を伝え、短期入所日の調整等連携を取り合っている。
- ・ネグレクトの疑いがあり、家庭分離が必要なことから利用開始されたケースである。利用時の状況等を事業所や、学校から福祉事務所、児童相談所へ訴え続けることで虐待と認定され、施設入所に至っている。
- ・母は本児への対応に困ると短期入所で預かってほしいと依頼がある。可能な限り短期入所に対応しているが、切迫性の判断に迷う。あくまで窓口は児童相談所に…という形を求めたいが、実際のところそのようになっていない。
- ・児童発達事業所との情報共有。
- ・児童相談所、出身町村との連携は不可欠。
- ・連携し見守ることで、それぞれの役割のもと支えていくことができる。
- ・市町村への情報提供など。
- ・在宅生活ということもあり、市町村を中心とした情報共有、連絡、調整、必要に応じて要対協、開催の依頼。
- ・保護者より、虐待とも受け取れる発言があり、支援学校や相談事業所と情報共有を日頃から行い、連携に努めました。
- ・児童相談所への通告、学校との情報交換。
- ・児童相談所へ相談、対応の依頼、保護、母の安定のため入所を経てサービス調整し家庭復帰。
- ・保健師へケースの把握、フォローを依頼。支援につなげたり、相談支援にもつなげ、地域でのフォロー体制整備、支援者間で情報共



有した。

### 23) 被虐待児への対応（複数回答）

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
A 被虐待児として特別な対応をしている (対応の内容)	28	56.0%	36	69.2%	64	62.7%
①専門的知識、技術のあるスタッフによって子どもの評価・治療を行っている	3	6.0%	4	7.7%	7	6.9%
②その他のスタッフによって子どもの評価・治療を行っている	5	10.0%	0	0.0%	5	4.9%
③短期入所を保護的に利用している	26	52.0%	36	69.2%	62	60.8%
④施設外の専門クリニック、虐待防止センターなどを受診している	3	6.0%	0	0.0%	3	2.9%
⑤児童相談所のケースワーカー、心理士などの定期的面接を行っている	3	6.0%	9	17.3%	12	11.8%
⑥その他	5	10.0%	2	3.8%	7	6.9%
B 被虐待児として特別な対応はしていない	17	34.0%	15	28.8%	32	31.4%
C その他	1	2.0%	1	1.9%	2	2.0%
D 回答なし	4	8.0%	0	0.0%	4	3.9%

#### 23)-1 A-①の職種と評価・治療の内容（複数回答）

	知的・自閉(N=3)		身体(N=4)		全体(N=7)	
(職種)						
心理士	1	33.3%	1	25.0%	2	28.6%
医師	2	66.7%	3	75.0%	5	71.4%
MSW	0	0.0%	1	25.0%	1	14.3%
その他	0	0.0%	4	100.0%	4	57.1%
職種の回答なし	1	33.3%	0	0.0%	1	14.3%
(評価・治療の内容)						
治療的療育	0	0.0%	3	75.0%	3	42.9%
ペアレントトレーニング	0	0.0%	1	25.0%	1	14.3%
ライフストーリーワーク	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	1	33.3%	1	25.0%	2	28.6%

#### 23-2 A-③の内容（複数回答）

	知的・自閉(N=26)		身体(N=36)		全体(N=62)	
利用回数を増やす	5	19.2%	24	66.7%	29	46.8%
優先的に利用する	18	69.2%	29	80.6%	47	75.8%
定期的に利用する	11	42.3%	25	69.4%	36	58.1%
その他	4	15.4%	4	11.1%	8	12.9%

短期入所・日中一時支援を保護的に利用しているのは62名（60.8%）で、その内容としては、優先的に利用するのが62名中47名（75.8%）と最も多かった。設問19)で示されたように短期入所・日中一時支援が虐待の発見の場であると同時に、家族支援の場として重要な役割を担っていることが示された。

#### 23)-3 上記対応による被虐待児の変化を具体的に記入してください（自由記載）（全施設 回答数28）

- ・安心して遊べる様になっている。両親の話をする様になった。
- ・変化なし。年齢と共に落ちついて来ているが、時々保護者と同じ口調でイライラをぶつけることがある。
- ・自宅にいと布団から動かず入浴、ハミガキ等まったくおこなわない。短期入所利用時は、集団生活、ADL、学校等児のできることはしっかりおこなうことができる。
- ・当初は、不慣れな環境での短期入所利用は不安な様子であったが、徐々に表情がやわらぎ明るさが出てくる。
- ・基本的生活習慣の獲得。母子分離により精神面での自立が図られた。
- ・ショートステイ中は行動が制限されることなく、のびのびと自分の時間を楽しんでいる。また食事など生活の保障がされている。
- ・被虐待児にとって短期入所先(当事業所)は知らない環境であり、当初は夜間眠らない等の反応であった。利用回数を重ねると少しずつ

つ慣れ、落ち着く場所が見られた。

- アトピー等、皮膚疾患の改善、適切な頻度での入浴や塗り薬の処置。
- 本児はおちついて生活する事が出来る。
- 学園の日課になれて過ごす事が出来る。昨年秋頃からは契約入所となっている。
- 一時保護した経過もある児童である。通常の日課にはおちついてのっている。
- 本児は好んで利用している様子がある。
- 利用はおちついて行う事が出来た。
- 兄が入所中であり、楽しんで生活できている。
- 兄が入所中で、楽しんで生活している。
- 定期的に利用する事で、本児もなれて利用できている。
- 短期利用になれておちついて生活している。
- 学園の生活になれて、生活できる。
- 定期的な利用でおちついて生活できるようになった。
- 定期的に利用しており、安定して過ごす。
- 本児は安定して利用を行っている。
- 学園になれてきている様子はある。家庭が好きな事もあり、利用回数が増えると、不穏になる事も増えた。
- 気持ちの切り替えが上手になり、おちついてすごせる事が増えている。
- 定期的に学園を利用する事で生活になれ、おちついて生活できる。
- もともと母を求める行動が多い児童であり、短期入所利用中(母と分離)は自傷行為が目立つ。
- 短期入所を定期的実施することで、体調管理は可能となった。自宅へ戻ると、又、体調が悪化して、短期入所では限界があった。
- 児のADL機能の向上やコミュニケーション能力の向上により、母の育児負担も減ったため虐待と思われる行為が減少した。
- 体重減少がとまった。

#### 24) 虐待者への対応 (複数回答)

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
A 施設で対応している	20	40.0%	17	32.7%	37	36.3%
(対応の内容)						
①担当者を決めて対応している	13	26.0%	13	25.0%	26	25.5%
②専門的知識・技術のあるスタッフによって虐待者の評価と対応を行っている	5	10.0%	15	28.8%	20	19.6%
③その他のスタッフによって虐待者の評価と対応を行っている	6	12.0%	0	0.0%	6	5.9%
④その他	7	14.0%	4	7.7%	11	10.8%
B 他機関が対応している	26	52.0%	30	57.7%	56	54.9%
(対応の内容)						
①施設外の専門クリニック、虐待防止センターなどを受診している	2	4.0%	0	0.0%	2	2.0%
②児童相談所のケースワーカー、心理士などの定期的面接を行っている	7	14.0%	19	36.5%	26	25.5%
③児童相談所で虐待者の児に対する態度・行動の評価・確認会議または連絡を行っている	9	18.0%	7	13.5%	16	15.7%
④その他	2	4.0%	2	3.8%	4	3.9%
C 施設でも他機関でも対応できていない	1	2.0%	5	9.6%	6	5.9%
D その他	1	2.0%	1	1.9%	2	2.0%
E 回答なし	14	28.0%	8	15.4%	22	21.6%

#### 24)-1 A-②の職種 (複数回答)

	知的・自閉(N=5)		身体(N=15)		全体(N=20)	
心理士	1	20.0%	3	20.0%	4	20.0%
医師	1	20.0%	4	26.7%	5	25.0%
MSW	0	0.0%	2	13.3%	2	10.0%
その他	3	60.0%	12	80.0%	15	75.0%



## 24)-2 上記対応による虐待者の変化を具体的に記入してください（自由記載）（全施設 回答数 32）

- 特に変化はみられていない。
- 精神疾患あり、病院を転々とかえていたが、現在は定着されており、家族で、治療している。関係機関の受け入れは良好。
- 情緒的に波のある保護者であり、短期入所利用時手紙で現在の状況を記入して来るようになった。情緒的につらくなった時には夜中でも電話をかけて来るようになった。
- 短期入所時の様子を見ると、成長と変化を実感してもらうことが出来る。同じことがくり返されることがわかっても自宅につれて帰ってしまう。
- 心理的安定、負担感の軽減につながっている。
- 心理的安定 負担感の軽減につながっている。児童発達支援事業所又はご家族からの短期入所依頼には速やかに答える体制をとっているため。
- 虐待者である母は、定期的に不安定になるが、いざという時短期入所を利用できるということで、安心を得ていると思われる。
- 母は、児童相談所から虐待を指摘され、溺愛している次女ともども保護もあると言われ、以後本児との関わりに変化が見られてきている。
- 未だ見られていない。
- 自らの考えに否定的な意見は受け入れてもらえず、具体的な変化は見られません。
- 両親は本児の特別児童扶養手当等をあてにして、本児を短期で預けている間、遊びに出ている感がある。それに関してもあまり悪びれる様子はなく、自分たちのレスパイトの為に施設を利用しているように見える。特に変わりはない。
- 保護者は変わらず、仕事で家をあげがちである。
- レスパイトしながら、各機関と本人の対応について話し合いを行うようになった。
- あまり変化は感じられず。
- レスパイトとしては母も休みすごしている。
- レスパイトとして利用し、安心した様子。
- 定期的に CW が面接し家庭状況を把握している。
- 定期的に CW が面接し家庭状況を把握している。
- 大きな変化は見られず。
- 保護者も情報を頂けるようになった。
- 保護者との関係がよくなり、情報共有を出来るようになった。
- レスパイトとして利用し、利用中は安心してすごせている様子。
- 保護者もレスパイトとしてすごせている様子。
- あまり変化なく、お迎えは姉に行かせ、母は近くの車でまっている事があった。
- 本児の様子を密に連絡していく事で、母も状況の理解が感じられるようになり、必要な物は用意してくれるようになった。
- あまり変更なし。
- 精神的安定が図られ、本児への愛着が見受けられるようになり、外部からの接触に対する受入れも良好となった。
- 関係機関の対応により、母も少しずつ落ち着いている。精神的な波もあり、全体でフォローしている。
- 児の機能向上や育児の相談もあり、育児負担も減り、虐待と思われる行為も減少しました。
- 母が SOS を出すことができるようになった。それにより未然に防ぐことができています。
- 短期入所は利用料がかかり、入所は手当の支給が停止されるため、1 か月程度の長期利用に抵抗もあったが、本児の食事や入浴、通学できない部分の保証をすることの理解、金銭面での折り合い等、少しずつ利用につながるようになった。児相、当センターへ相談することも自らでき、SOS を出すことができるようになった。
- 母自身も年齢を重ね、本児とも向き合えるようになり、生活自体が少しずつ落ち着いてきた。手続きを忘れてしまうことも時にあり、ルーズさは変わらない面もあり、相談支援でフォローできるよう配慮。

## 25) これまでに連携した機関（複数回答）

	知的・自閉(N=50)		身体(N=52)		全体(N=102)	
保健所	1	2.0%	1	1.9%	2	2.0%
保健センター	4	8.0%	5	9.6%	9	8.8%
助産所	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関	7	14.0%	3	5.8%	10	9.8%
精神保健福祉センター	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学校・幼稚園	23	46.0%	24	46.2%	47	46.1%
教育相談室	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
保育所	3	6.0%	4	7.7%	7	6.9%
児童館	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
放課後児童クラブ	3	6.0%	5	9.6%	8	7.8%
児童相談所	29	58.0%	38	73.1%	67	65.7%
福祉事務所(家庭児童相談室)	5	10.0%	13	25.0%	18	17.6%
婦人相談所	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
民生・児童委員	1	2.0%	1	1.9%	2	2.0%
市区町村福祉担当部局	19	38.0%	13	25.0%	32	31.4%
児童家庭支援センター	5	10.0%	2	3.8%	7	6.9%
乳児院	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
児童養護施設	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
障害児通所施設	10	20.0%	4	7.7%	14	13.7%
障害児入所施設	6	12.0%	2	3.8%	8	7.8%
母子生活支援施設	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
警察	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%
少年センター(警察管轄)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村少年相談センター	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
人権擁護委員	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
家庭裁判所	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
児童自立支援施設	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
弁護士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
虐待防止民間援助機関	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
都道府県福祉担当部局	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
要保護児童対策地域協議会	5	10.0%	2	3.8%	7	6.9%
その他	12	24.0%	13	25.0%	25	24.5%
連携機関なし	1	2.0%	3	5.8%	4	3.9%
回答なし	8	16.0%	2	3.8%	10	9.8%

## 26) これまでの連携についてのご意見

### 外部機関との連携についてご意見を記入してください（自由記載）（全施設 回答数 18）

- ・相談事業所、学校、他機関等連携している。情報共有の為、集約する機関(リーダー)を決め会議等を行えると連携しやすいと思う。
- ・相談事業所職員と主に連携をとり、相談事業所が他機関等から情報を集め、必要に応じて会議等を行っている。今後も密に情報共有し対応していきたいと思う。
- ・日中一時利用中から相談支援事業所が入っており、担当の方が状況に応じ、関係機関でのケース会議等を行っていた。その後、母親の限界をこえた時、虐待から通報(家族)により、H〇年 10 月に施設入所となる。
- ・児童福祉司指導措置のケースであり、本来児童相談所と関係機関が連携して対応していくケースであるが、担当職員の入れ替わり等で、引き継ぎがうまくいっておらず、役割分担などが、あいまいとなり、連携が十分できていると思われない。
- ・虐待への対応はそれぞれの機関でできる役割を分担して対応していかなければいけないと思うので、情報共有、連携が欠かせないと思う。
- ・市の障害福祉課が個別支援計画を作成し、当園だけでなく、放課後デイ、日中一時、ヘルパー等の利用調整を行い、虐待者(母)への面接も行っている。虐待者(母)が不調になった場合、児童相談所が介入し、一時保護を実施してきた。
- ・様々な機関が関わることで、それぞれの役割のもと支えてこられた。どの機関がどのような役割、関係性のもとこの家族と関わっていくのか連携して取り組めたことで、今のような支援体制を作ることができたと思う。併設されている放課後等デイサービス活用のため情報や連携をとり易い。

- ・併設されている放課後等デイサービスの利用。既にとりくんでいる支援についての情報共有がスムーズであった。
- ・短期入所ケースについては児童相談所が把握されていないことがあるため、短期入所につなげた学校や相談支援事業所、地域サービス機関等との連携を通し、家族や本人の情報を得て虐待の危険性がないか確認をしていく必要がある。
- ・主に相談事業所が情報をまとめ、会議等の開催を行っています。今後も情報共有を密にできるよう努めていきます。
- ・短期入所利用→施設入所(1年で退所)→再度短期入所利用のケース。短期→施設入所へなったが、もう少し詳しい情報がほしいかった。
- ・関係機関とのカンファレンスを行い、被虐待児の対応等についての情報交換を行っている。
- ・短期入所利用開始後は虐待の実態がないため、外部機関との連携はとっておりません。本児に関しては児童相談所の一時保護後、当施設に入園されていたので、短期入所についても職員間で連携し児・保護者の異変がないか注視しています。
- ・施設側から見る本児の家庭の状況と、家庭への支援を行っているヘルパー等の視点が違う部分があり、情報共有は行えたものの、どこを中心に考えるか、(家族関係 or 児の健康)意見が分かれる所があり、公正に判断してくれる児童相談所等の役割が大切だと思います。
- ・児相からの一時保護依頼があるが対応出来ないこともあります(満床や、医療面等)。県内、他施設との連携も重要と感じます。
- ・祖父母が、世話をすると引き取っていたが、心労が多く、乳児院に入所となった。
- ・学校と通学状況の共有、児相と家族状況などの共有、対応の調整。
- ・現在はネグレクトはないが危機感を常に持ち、相談支援と計画相談上のモニタリングなどで情報共有している。

#### 4. 障害児虐待について、ご意見がありましたら、どのようなことでもご記入ください

(複数冊の個人票がある場合は、1冊のみにご記入ください)(自由記載)(全施設 回答数 11)

- ・児相の強い介入がないと適切な保護はできない。契約入所では虐待者への対応は困難である。
- ・一口に、虐待といっても本人の問題(さまざまな要因によって暴力が日常化し、中、高生で身体も大きく、施設に入所、又は利用してきた時に関係を築き、育てなおすには、非常に厳しい状況がある)、家庭、親の問題、虐待の種別、経済状況、親の意識の問題、サポート状況の違い(介入の困難さ)、家族形態の違いによる問題、連携の問題、支援現場での意識、対応能力(スキル)の問題、支援者の過度の負担の問題、その他様々な状況に応じて、今、自分達ができることを、施設としてできることを、やっていますが、事例、事案の多さと、対応の難しさに限界を感じているのも、事実です。マンパワーと専門職の不足を感じています。また、制度、システムの構築がなされていないと思います。
- ・現在、子どもに対する虐待が疑われるときは、市町村か児童相談所もしくは最寄りの福祉事務所へ通報することになっている。通報者の秘密は守られることになっているが、通報連絡については慎重な対応が必要であり判断も難しいと思う。子どもの豊かな成長、発達も考えると早期発見、対応が必要だと感じる。家族のもとで愛情を受け成長することが望ましいが難しい家庭もあり、その為にも関係機関で情報を共有し、必要な支援(短期入所、一時保護)を行うことが必要である。特に疑わしい家庭については、児童相談所などで家庭訪問など行い、子どもの安全が最優先される取り組みをしてほしい。
- ・育てづらい因子を持った障害児は、親からの虐待のリスクが高く、障害が重い場合は自から訴えることが出来ないために、深刻化してしまうことが多く見られます。時には、生後間もなく養育拒否となる場合も未だに存在しています。親や家庭だけではなく、学校や地域で問題を起こし、居場所を失ってしまうこともあります。施設においては短期入所や入所は、そうした子どもや家庭にとって必要な機関ですが、短期入所については、入所の生活の場に一時的に割り込む形で行なわれており、必ずしも万全な体制で行われていない、という実態があります。又虐待については、障害児もそうでない子ども大きな差異はないと思いますが、児童虐待に関する情報や学びの場が障害児施設現場まで及んでこないことに問題を感じています。
- ・今回のケースは、障がいがあったことで自分の子として認めたくないということからはじまった。障がいイコール大変、辛いなどという思い、障がいがあっても、みんなとかわらず生活することができること、また支援体制が確立されていれば、両親も、このようなマイナスな思いは、抱かなかったかもしれない。
- ・障害児は対人交流の難しさや、認知特性から、子育てが難しく虐待が生じやすい。入所施設であっても、地域のそういった家庭の状況を把握し、短期入所等の支援を活用してもらう中で、深刻な状況になる予防ができると思う。しかし、被虐待児の家族への支援はどうやって行か、市町村によって見解が分かっている現状も見られる。
- ・施設においては被虐待児の入所の割合が多くなっており、その子供たちの対応に苦慮している。心のケアの取り組みが重要だと感じている。児童相談所や医療など他機関、他職種との連携、そして施設においても被虐待児の対応について学び、心のケアの取り組み体制が必要だと思う。
- ・子どもの成長において、育てにくさや家庭環境がとても重要だと感じる。特に障がい児は理解されにくい事や周りの理解も必要だと思う。家庭をフォロー(アドバイス)する、支援する人がとても大切であると思う。
- ・児相の介入、継続的なのかかわりが、児相や担当者により異なる。児相の介入は最も大切な役割なので、結果などから児相への働きかけにもなると良い。
- ・障害のある子が生まれたゆえの不安や迷いが影響し、虐待に繋がるケースもみられます。障害をもつ子の親の会や各福祉サービス、

学校、保育所等の支援が重要と思います。(話を聞く、育児の手助けなど)養育者を1人にしないような手助けが出来れば良いと考えています。障害児を育てあげた人が相談を受けたり助言するのも効果的と思っています(育てあげた御家族は、結束力が強くパワーがあります)。この地域は、狭い土地柄で同じ病院に通院している為、親同士の繋がりが強く、情報交換や、よく相談しているようです。

- 市町村から支援施設への情報提供等の連携がとても大切だと思います。できる限り早期発見、早期連携をとっていこうようにしたいと考えています。

### Ⅲ. まとめ

障害児入所施設へ入所している被虐待児童の実態調査は、過去に肢体不自由児施設および知的障害児施設について、それぞれの団体が複数回行っているが、全ての障害児入所施設について行われたのは今回が初めてである。その結果、施設全体で被虐待児童および被虐待疑い児童は、全入所児童の31.5%であった。全国の肢体不自由児施設の調査では、平成22年3月1日現在で被虐待児童は12%であったが、今回、医療型肢体不自由児施設では16.6%であった。全国の児童相談所での児童虐待相談対応件数が年々増加しているが、それと同様に障害児入所施設での被虐待児童が増加していることが考えられる。

また、短期入所・日中一時支援を利用している児童では、被虐待児童および被虐待疑い児童は1.3%であった。在宅の障害児に対する虐待の全国的な実態調査は現在まで行われておらず、在宅の障害児における虐待の実態はほとんど把握されていない。今回の調査は、「短期入所・日中一時支援利用児童」という条件はあるが、在宅における障害児虐待の実態をある程度反映していると考えられる。

児童個人票による調査は、入所児童1,772名、短期入所・日中一時支援利用児童102名、合計1,874名という膨大なデータとなった。そのため、各設問に付随する下位項目については、一部集計の記載を省略した。また、自由記載で、被虐待児の個人に関する情報や関係機関との連携の関する個人的な情報について記載されているものについては、本報告書の記載から除外した。

集計結果に対する意見については、それぞれの設問の集計のところに記載した。

今回の実態調査結果は、障害児入所施設における被虐待児童の状況を把握するための資料になると考える。今後、障害児虐待の予防、対応について検討する場合に活用していただければ幸いである。

なお、平成29年(2017年)5月30日に中間報告を行っているが、その後の追加調査および集計の見直しにより、本報告書では中間報告と数値が異なっている。本報告書の集計結果を確定した数値とする。

## 障害児入所施設（福祉型および医療型）における心理担当職員についての調査

研究分担者 小山友里江

米山 明

心理担当職員の配置状況とその業務内容や課題を明らかにするために、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設における心理担当職員を対象として、アンケート法による調査を実施した。

調査対象施設は、福祉型障害児入所施設として、1 知的障害児入所施設、2 視覚障害児入所施設、3 聴覚障害児入所施設、4 肢体不自由児入所施設、5 自閉症児入所施設を、医療型障害児入所施設として、6 主に肢体不自由児を入所させる施設、7 主に自閉症児を入所させる施設、8 主に重症心身障害児を入所させる施設、9 主として重症心身障害児を入所させる国立病院機構重症心身障害児者病棟を設定した。対象となった施設に、それぞれ施設票と心理担当職員用の個人票を送付した。

### 【結果と考察】

障害児入所施設における心理担当職員の配置状況とその業務内容や課題を明らかにするために、心理担当職員を対象として、アンケートを行った。

492 施設に施設調査票を送付し、福祉型 46 施設、医療型 79 施設、計 125 施設から回答があった（有効回答率 25.3%）。これに加え、492 施設に 5 通ずつ個人票を送付し、対象となる心理担当職員への配布を依頼した。結果として、209 名の心理担当職員から個人票への回答がなされた。

施設調査票では、心理担当職員の数、福祉型 46 施設で常勤 68 名、非常勤 20 名、医療型 79 施設で常勤 111 名、非常勤 38 名であった。

「心理担当職員配置加算」を請求している施設が予想以上に少ないことが明らかとなった（重症心身障害児施設は対象外）。（他章 P.84 8）施設の経営、外部評価等(1)施設の運営費について

1 福・知的(32/41 施設)、2/3 視聴覚(1/3 施設)、4 福・肢体(4/24 施設)、5 福・自閉(1/2 施設)、6 医・肢体(7/24 施設)：7 医・自閉(0/1 施設)

医療型・福祉型など施設によってその業務は大きく異なるが、多くの心理担当職員は、多岐にわたる業務を兼任していた。常勤の計 179 名のうち半数が、入所児童への心理業務以外の業務との兼務であった。児童の直接支援業務（生活支援、保育士、指導員など）との兼務が 26 施設、相談支援業務との兼務が 5 施設、管理業務との兼務が 3 施設で、これらの多くが、福祉型施設であった。

福祉型障害児入所施設においては、生活棟で生活支援者と同様の子どもたちへ直接介助や支援業務などを行っており、発達・心理検査等だけでなく、本人・家族再統合を目的とした保護者面接など心理面接や支援員との話し合いやスーパーバイズの時間など心理職として求められている業務の時間や人材の不足があった。

今回他章で調査結果報告している、「被虐待児」への対応としての専門的な手法も使った心理的支援などの本務に専念できない状況が少なからずあった。

また、自己研鑽のための時間と研修等費用に対する支援が少ない状況がうかがわれた。さらに、平成 30 年度公認心理師の国家資格化がなされる。それに関連した実習、研修等は今後整備されるべき課題であるが、「障害児」についての教育、実習・研修などまだ十分でないとの指摘があり、大学や専門学校などでの教育へも『障害児学・発達支援学』など、障害児（入所・通所）施設の実習・研修が重要な位置を占める必要でさらなる普及・啓発の機会となることが期待される。

今回の調査結果は、他の章で報告されているように、被虐待児の実数、割合が増加、地域連携の重要さ増す中で、心理担当職員の業務の増加負担を考慮すると、障害児入所施設の加算基準である、心理療法担当職員の専門性をいかに保つように、業務の分担・独立性を保障できる体制づくりが課題である。

そのためにも、直接支援員の配置基準や外部関係機関との調整役などの福祉相談員すなわち児童養護施設で配置基準となっている、家庭支援専門員（ファミリーソーシャルワーカー）の配置新設など、見直しが必要と考えられる。今回の調査結果が、今後の対応策を検討する際の資料となれば幸いである。

## 【 集計結果 】

### 1. 施設調査票での調査結果

492 施設に施設調査票を送付し、福祉型 46 施設、医療型 79 施設、計 125 施設から回答があった（有効回答率 25.3%）。

#### 1) 心理担当職員の配置状況など

表 1-1 施設数と入所児数（平成 28 年 6 月 1 日現在、事業の種類別）

	施設数	平均入所児数	SD	最小値	最大値
福祉型・主として知的障害児を入所させる施設	41	33.6	26.8	1	159
福祉型・主として視覚障害児対象	2	13	8.5	7	19
福祉型・主として聴覚障害児対象	1	30	.	30	30
福祉型・主として自閉症児を入所させる施設	2	19.5	14.8	9	30
医療型・主として肢体不自由児を入所させる施設	24	34	28.9	7	138
医療型・主として自閉症児を入所させる施設	1	27	.	27	27
医療型・主として重症心身障害児を入所させる施設	47	47.9	85.4	1	403
国立病院機構重症心身障害児者病棟	7	8.4	6.4	0	18

表 1-2 心理担当職員の配置状況（平成 28 年 6 月 1 日現在）

	人数	平均	最小値	最大値
福祉型・主として知的障害児を入所させる施設				
常勤 心理担当業務専任 人数	32	0.8	0	3
常勤 他の業務との兼任 人数	29	0.7	0	3
非常勤 人数	18	0.4	0	1
福祉型・主として視覚障害児対象				
常勤 心理担当業務専任 人数	1	1	0	0
常勤 他の業務との兼任 人数	1	1	0	0
非常勤 人数	1	1	0	0
福祉型・主として聴覚障害児対象				
常勤 心理担当業務専任 人数	0	.	.	.
常勤 他の業務との兼任 人数	1	1	1	1
非常勤 人数	0	.	.	.
福祉型・主として自閉症児を入所させる施設				
常勤 心理担当業務専任 人数	5	2.5	0	5
常勤 他の業務との兼任 人数	9	4.5	4	5
非常勤 人数	0	0.0	0	0
医療型・主として肢体不自由児を入所させる施設				
常勤 心理担当業務専任 人数	18	0.8	0	5
常勤 他の業務との兼任 人数	14	0.6	0	5
非常勤 人数	11	0.5	0	4
医療型・主として自閉症児を入所させる施設				
常勤 心理担当業務専任 人数	4	4	4	4
常勤 他の業務との兼任 人数	0	0	0	0
非常勤 人数	0	0	0	0
医療型・主として重症心身障害児を入所させる施設				
常勤 心理担当業務専任 人数	36	0.8	0	9
常勤 他の業務との兼任 人数	29	0.6	0	8
非常勤 人数	22	0.5	0	4
国立病院機構重症心身障害児者病棟				
常勤 心理担当業務専任 人数	6	0.9	0	1
常勤 他の業務との兼任 人数	6	0.9	0	3
非常勤 人数	4	0.6	0	1

心理担当職員の数、福祉型 46 施設で常勤 68 名、非常勤 20 名、医療型 79 施設で常勤 111 名、非常勤 38 名であった。常勤の計 179 名のうち半数が、直接の生活支援をはじめ、入所児童への心理業務以外の業務との兼務であった。

表 1-3 常勤の心理担当職員が兼任している業務

	施設数
生活支援、直接支援、直接介助、介護、生活業務全般	13
保育士	1
支援指導員	1
児童指導員	7
主任指導員	2
児童指導員・サービス管理責任者、児童指導員、児童発達支援管理責任者(複数名がそれぞれ兼務)	2
看護業務	1
相談支援員	1
地域療育支援コーディネーター	2
ソーシャルワーカー	1
ファミリーケースワーカー	1
園長・児童発達支援管理責任者・指導主任・グループ主任(複数名がそれぞれ兼務)	1
生活介護のサービス管理責任者	1
寮長	1
言語聴覚士	2
医師	1
外来	4
外来、生活介護(重心通所)、医療型児童発達支援センター	1
外来業務、外部支援業務。	1
外来心理検査 面接	1
外来精神科・小児科、児童発達支援センター、他	1
外来療育・地域支援(子育て相談、発達相談 乳幼児健診、遊び方教室) 児童発達支援・介護全般	1
児童外来でのアセスメントおよび心理療法他	1
就学前の障害児の通園施設や親子教室での療育参加、判定業務	1
情緒障害児短期治療施設、外来	1
同一施設内の他事業(児童発達支援、病院)の心理業務	1
同組織の知的障害児者入所施設、医療機関での心理業務。	1
施設入所の成人への心理的支援、外来	1
入所業務	1
病院としての心理療法士は3名いるが、障害児入所支援にはかかわっていない	1
病院内全科からの依頼への対応、緩和ケアチーム関連業務など	1
院内全科からの依頼への対応	1
放課後等デイサービス	1
事務	1

児童の直接支援業務(生活支援、保育士、指導員など)との兼務が 26 施設、相談支援業務との兼務が 5 施設、管理業務との兼務が 3 施設で、これらの多くが、福祉型施設であった。

表 1-4 心理担当職員配置加算の状況

	福・知的	福・視覚	福・聴覚	福・自閉	医・肢体
算定している	21	0	0	1	10
算定していない	9	0	1	1	11

(医療型障害児入所では「主として肢体不自由児を入所させる施設」のみが加算対象である。)

(他章 P.84 8) 施設の経営、外部評価等(1)施設の運営費について を参照

## 2) 心理担当職員の業務内容

表 2-1 (1) 入所児本人への心理面接・相談・活動等と、その形態・頻度(1年間での数)

	N	平均	頻度	施設数
個別 実人数	761 人	9.0	定期的	44
個別 延べ人数	8777 人	136.9	不定期	27
集団 回数	1240 回	24.8	ニーズに応じて	37
集団 延べ人数	2360 人	59.6	その他	3

表 2-2 心理担当職員が中心となる集団面接、活動の内容

内容	頻度
SSTグループ活動	週1回、月1回、月1回、年3～4回、随時(必要に応じて)
グループコラージュ	月1回(入所の方対象)
ストレスケア	不定期
スポーツグループ	月1回
音楽活動 歌グループ	月1回
家族グループ	年1回、年6回
学習支援	男女別、月2～3回10名前後
思春期男児	療育、不定期
心理教育	年に2クール
親グループワーク	年19回
性教育学習	2ヵ月に1回程度 夏休みに、3回(小学生低学年)～6回(高等部2、3年)
幼児の集団指導	毎週毎週週3回
おしゃれグループ	月1回
セカンドステップ	月2～3回
プレイセラピー	不定期
個別外出	1～2ヵ月に1回(心理担当児のみ、トークンとして来談回数に応じて)

表 2-3 心理担当職員が中心となる集団面接、活動への、他職種のサポート参加がある場合の、その職種

なし	6	児童指導員	1
ST	4	支援職員	1
OT	3	保育士	1
PT	1	活動担当職員	1
セラピストのみで運営	1		

表 2-4 他職種が運営している集団活動に心理担当職員が参画している活動

活動内容	N
児童発達支援センターへサポート参加	1
日中活動の参加、外出支援	1
幼児活動・生活支援業務にフルタイム参加・集団活動に参加(サポート)	1
PT、OT のグループ活動にサポート参加	5
スタッフの企画する活動に不定期参加(直接対応職)	1
ダウン症勉強会グループに「遊びを広げる」というテーマで話をしたり、実際に遊ぶ	1
行事、レクリエーション 外出支援等	2
支援員がリーダー(運営)となって行うSSTグループ指導	1
支援員が行なう毎日の療育活動に参加(不定期)	1
児童デイに参加	1
集団療育・レクリエーションへの参加	2
性教育	1
病棟内保育、学童保育(学校終了後の自由時間)への不定期の参加	1
保育活動サポート、グループ編成への助言	1
保育士が企画した行事にサポート参加	5
保育士の遊び、親子通園グループにサポート参加	5

表 2-5

心理面接(個別・集団)を行なう場合の  
直接支援職員(担当職員)の同席

	施設数
原則としてしない	57
本人の希望により同席	18
原則として同席する	4

表 2-6

心理面接・活動に関連して  
診療報酬・福祉報酬などの請求

	施設数
医療型・入院精神療法他 している	8
医療型・入院精神療法他 していない	30
医療型・小規模グループケア加算 している	1
医療型・小規模グループケア加算 していない	29
福祉型・小規模グループケア加算 している	9
福祉型・小規模グループケア加算 していない	17



表 2-7 行っている臨床心理アセスメント

	施設数
発達検査	72
知能検査	58
行動観察	61
人格検査	26
トラウマ関連検査	4
その他	16

表 2-8 アセスメントの頻度

	施設数
入所時	15
年1回	18
数年に1回	12
必要時	61
書類作成時	8
その他	9

表 2-9 アセスメントの対象児人数と、1回あたりの所要時間

		平均	最小値	最大値
アセスメント 対象人数	1516 人／78 施設	19.4／1 施設	0	232
アセスメント 時間から		1.7	0.5	5
アセスメント 時間くらい		3.4	1	10

## (2) 入所児の家族・保護者への支援として行なっている業務

表 3-1

		平均
直接の面接 相談 人(実数)／年	266 人	4.2 人／1施設
直接の面接 延べ 回(延べ)／年	510 回	7.9 回／1施設

表 3-2 直接の面接の内容

家族関係の相談、親子関係、関わり方の相談
家庭復帰に向けた家族面接、ライフストーリーワークなど
外泊時の子どもへの関わり方、親の精神状態、育児能力のアセスメント
検査の結果報告をふまえて相談
個別支援計画作成についての要望など
児・保護者との関係調整
児童の現況と将来的に懸念される事項等について報告・相談
心理活動の経過報告
心理評価結果、支援方法を伝える
入所児の心理的、行動的な理解の促進
入所直後の保護者の心理面のフォロー
保護者からの相談等(相談支援員と兼務しているので分けるのが難しい)
母子関係の改善

表 3-3 間接的な情報収集による保護者の特性を推定しての他職種への助言の頻度

入所時の利用児の状態に応じて行う	1
0回	9
週1～2回	1
月1回	3
月2回	2
月5～6回	1
1～2か月月に1回	1
1／年のケース会で資料準備して報告	1
年2回の個別支援計画会議と必要時	2
年10回	1
年数回	1
それほど多くなく、数年に1回程度	1
担当者のニーズに応じて	13
帰省時～帰寮後の問題行動がみられた場合	1
不定期	1
保護者参加の行事のとき(保護者自身が特性をお持ちのときには、他職種に関わり方や情報の伝え方を助言することがある)	1

### (3) 他職種との連携、サポート

表 4-1 入所生活棟（病棟）内で、かかわっている会議と頻度

	施設数	月あたり平均回数
ケース会議	66	2.1
棟内連絡会議	43	1.6
臨時の検討会議	31	3.7

他の職種の職員（保育士・指導員等のなど直接支援職員や相談支援担当職員など）を対象とした、心理担当者としての子どもの支援にかかわる業務

コンサルテーション・年回数

コンサルテーション		講義	
年回数	施設数	年回数	施設数
0	22	0	23
1	3	1	16
2	1	2	9
3	1	3	1
10	4	4	1
12	2	5	1
16	1	7	1
22	1		
200	1		

表 4-2 講義の内容

内容	N
知能、発達検査、心理検査等	11
新人研修	6
ペアレントトレーニング	2
関わり方(精研式ペアトレのダイジェスト)、見立て方など	2
疾病理解(ASD, MR)行動療法、TEACCH など	2
愛着やトラウマについてなど	1
児童の発達支援、心理的援助について	1
心理と福祉の連携について(基礎・応用)	1
心理的理解 精神面の特性理解 保護者への対応方法 家族支援	1
生活支援員への講義など	1
性教育	1
メンタルヘルス等	1

会議での情報提供・討議参加

	施設数	平均回数
情報提供・討議参加 年回数	47	6.6 回／年

### (4) 地域連携支援

表 5-1 外部関係者会議などへの参加の状況（入所児を対象とした人数）

		平均／施設	最小値	最大値
年間対象人数	139 人	2.3 人／施設	0	42
年間平均頻度	109 回	2.0 回／施設	0	20

表 5-2 その他の地域機関との連携活動

学校との連絡会(入所児童の情報を互いに共有して、協働して支援を行う)	1
入所打ち合わせ(児童相談所、保護者、学校、入所前に利用しているサービス事業所、相談支援事業所、とでご本人の支援についての情報共有と支援の把握を行う)	1
児相の来所面接、不定期・児相との連絡会年1回	1

地元行政のこども課、福祉課	1
1、6、3歳児健診、早期療育の場としての母子集団活動、地域のミニ療育活動。通級指導教室、幼稚園、保育園、小学校中学校へのコンサルテーションや支援会議。	1
この間はないが、訪問診療や訪問看護のスタッフと在宅支援について協議することがある。	1
学校から要請があれば面接記録の要約や一部を担当者を經由して提出	1
郡内施設との情報交換会(1回/月)	1
肢体施設入所児に限って言えばケースによって児相との連携必要な場合、会議やカンファレンスに同席する。	1
児相は入所までは関わりを持つが、入所してしまえば施設側から連絡をしなければ、ほぼ児相から連絡はない。進路指導が必要な時期に相談支援事業所、市役所、特別支援学校と支援会議の機会を持っている。	1
児童相談所 各市の福祉課	1
児童相談所、子ども家庭支援センターとの会議が主。特別支援学校との調整は、各ケース会議にて(ケース会議に学校担任、特別支援コーディネーターが出席)	1
精神科関連では児童養護施設へ出向いてのコンサルテーション。学校教職員との連絡会など	1
担当者として学校と懇談をし、情報を共有しています。	1
知能検査等の結果にもとづく、学校への支援策を含めた情報提供	1
地域の高校・中学校のスクールカウンセリングを行っている。	1
地域の巡回相談や自律支援活動への協力	1
同種サービス事業所との連絡会議	1
乳幼児健診あり方検討会議(年3～4回) 市町村児童福祉担当実務者会議(年2～4回)	1
必要時学校	1
保育所訪問	1
隣接する養護学校と適宜、連携(情報交換など)	1

**(5) 短期入所利用児へ心理担当職員が関わっている場合の内容と件数など** 表 6-1

地元の学校・福祉課	1
アセスメント、行動観察	4
心理・発達と療育指導の助言	2
レスパイト的な利用児は日中活動での関わり	1
被虐待(疑い)での一時保護委託は、必要に応じて利用型及び親のアセスメント関係者会議への出席等	1
外来利用時の保護者の情報提供	1
学校、支援センター、利用施設との情報交換等	1
関係機関との連携、助言、家族支援、問題行動への対応など。	1
訓練、行動問題のある方については対応についての助言	1
個別療法(母子分離不安への対応/環境適応の支援)	1
面談	1
情緒の安定	1
心理検査の実施	1
児童指導員として、生活支援	2
対応の難しい場合に支援職員から相談をうけ、関わり方をアドバイスする	1
発達評価	1
必要時に、発達検査や知能検査の実施。	1
訪問学級の教員への助言。	1
利用前面接	1

**3) 障害児入所施設における心理担当職員が行う業務の在り方、位置づけ、心理担当職員の配置にあたっての問題点など(自由記述意見)**

自由記述欄「障害児入所施設における心理担当職員が行う業務の在り方、位置づけ、心理担当職員の配置にあたっての問題点など心理担当職員の代表としてお書き下さい」に述べられていた文章を以下に列記する。前半は福祉型施設から、後半は医療型施設からの意見である。(施設が特定される記述は収載から削除した。)

- 1) 施設において、心理的なケアや支援の重要性は感じているがそれをどのように活用していけば良いかという点で、確立されていない。
- 2) 全国の障害児入所施設での、心理業務の実際の活動や取り組みについての情報が少なく各施設で課題を

抱え込みやすいように思われる。

- 3) 他職種から心理業務はいまだに理解されづらいと思う。本施設は、虐待による入所児も多い中で、1人で心理業務にあたることの難しさが、その要因の1つにもなっていると思われる。入所の定員や被虐待児の数に応じた心理職員の複数配置が望ましいと思われる。
- 4) 常勤職員が1名、児童指導員と兼務（夜勤もあり、週1回程度）で配置。仕事の割合としては、心理：生活＝0.5：9.5の状態、面接頻度も思うように確保できず（ほとんどの子が月1回。本当は隔週～毎週が適と思われる子ばかりだが）。他職種との連携や会議参加に至っては、ほとんどできていない。厚労省の通知では「“専ら”心理指導…」となっているにもかかわらず、まったく専らでない。生活支援をしながらでは、心理治療に悪影響を与えることもある。せめて、「心理職として生活場面にいる」状態にしないと、子どもも混乱する。
- 5) 生活支援スタッフは障害施設のため、どうしても障害に目が行きがちで、社会的養護を任っているという視点が薄い。（社会的養護の文脈で、障害児施設は出て来ないのも原因だろうが）心理職としてスタッフへのコンサルテーション・研修をしていく必要を感じている。（実際は時間が取れない）。
- 6) 現時点で心理担当職員の位置づけとしては確立されておらず、本来の機能を発揮できていないと感じるので基本的業務のマニュアル等があると周囲にも理解されやすく、業務も行いやすいように感じる。
- 7) 心理担当職員であっても、直接支援に部分的にあたったり、直接処遇の職員と連携、コミュニケーションをはかることはとても重要である。ただし、直接支援にあたりすぎることによって客観性が失われるので配分検討も必要。・心理職同士のつながりが薄いので連携が取ることができると、意識も高まり、質も高まるのかと思う。
- 8) 現状としては直接支援職員が心理的視点を持って関わるという形態での配置業務を行っている。この点で言えば、生活支援や援助にともなうのがちな施設支援にあって、発達の視点や行動評価、形成という観点を保持することになり有益だと考えている。また、サービス論に陥らない、発達支援現場としてのまなざしを担保できている。しかし、望ましいのは施設生活の力動に左右されず、アセスメントや面接支援、心理療法を提供できる独立の配置であると思われる。入所児童の状況が多様になり、発達特性、障害特性だけでなくトラウマティックな領域へのアプローチも必要となっており、そのことが高頻度で生活に密着した中で行われるようになることが理想と考える。
- 9) 実際のところ、現場に入って支援することも多く、心理担当の業務だけ行っていれば良いというわけではない。他の直接支援員と同等の働き＋心理担当業務を求められていると感じる。
- 10) 児童の入所施設となると、登校日は下校後に面接やセラピーということになる。しかし、年齢的にも高校生が多いため、時間の確保に苦慮する。心理担当の位置付け、その仕事内容の詳細等明確なものがないため、一部直接支援を含む様々な業務を兼ねることになっている。（ご本人の普段の様子を知ることにはできるというメリットはあるが…）
- 11) 現場でフォーマルなアセスメントをとる機会はなかなかない。児童相談所の訪問調査・愛護手帳更新でフォーマルなアセスメント（検査）は受けている。人員的にも、業務的にも個別に時間を割くことはなかなか難しい。インフォーマルなアセスメントが多い。
- 12) 定員数の多少にかかわらず、5名以上の対象児での加算というのは、無理がある。対象児の人数にこだわらず、心理担当職員の配置加算が必要と思われる。
- 13) 心理業務がまだ目新しいものであり根付いていない。
- 14) 他職種から全く同じ動き、業務内容を求められる。
- 15) 人数が1名しかおらず、相談や連携が難しい。
- 16) 外出や他の面談、様々な予定との兼ね合いが難しい。
- 17) どのような仕事なのか、どのような立場で何を主眼に置いているか理解されていない。ともすると「何もしていない」と思われている。また、カウンセリング、心理検査などをどんどんやるのが良いことのように思われている。まず子供との関係と意思ありきなのだが。
- 18) 関わりの中で良くしていくという部分がよく理解されていない。

- 19) 知的障害児入所施設に入所するのが妥当でないと思われる子供が複数名いる。人権的にどうであろうか。
- 20) 養護施設との区分が不明確であると感じる。
- 21) 入所児からの大人への暴力行動が多発している。プログラムなど必要であると思う。職員支援のプログラムも必要かと思う。
- 22) 心理担当スタッフが他の業務や通学の支援・指導業務と兼務しているので心理担当スタッフ独自の業務が十分位置付いていない。次年度より知能検査によるアセスメントを実施していく予定なので、この取り組みを足がかりに心理担当スタッフ独自の業務を拡充していきたい。
- 23) 基本的に児童指導員として配置されているので、心理担当職員として行う面接は不定期。幼児の発育、発達ののびを検査しながら、支援方法や課題の提供に参考としている。また、困難ケースのあらわれの見立てなどで心理職としての知識や経験から助言を行っている。専任ではないため時間に制約があることや、児童指導員として実際の支援にもたずさわっていることの難しさがある。
- 24) 強度行動障害をもつ利用者に対しての心理・発達的な面からのアセスメント、対応が必要と思う。
- 25) 心理担当職員の配置はできていない。
- 26) 被虐待児の入所が増えていることや家族支援について考えると、心理担当職員の配置は必要と考えるが、現在の配置基準や報酬では配置ができない。
- 27) 以前は当園の心理職は日中活動に参加し、独自のプログラムを運営したり、生活棟の所属になったり（ローテーションは入らず）と迷走を続けてきた。ここ数年でようやく生活棟から離れて、個別の心理療法を業務の主体として打ち出せるようになってきた。それでも、棟職員からは“もっと生活を見て欲しい”という意見もあることは事実である。心理職として、客観的に子どもたちを見る視点を維持しつつ、生活場面からも離れすぎず…という距離感をとっていくのは難しい点である。心理の業務や立ち位置について、アピールしているつもりではいてもまだまだ不十分で“何やっているか分からない”存在になりがちなのも継続した課題である。
- 28) 現状、当施設での心理担当職員は、直接支援職員を主とした業務の中で実施している。日常的に対応している担当者との心理面談には少なからず対象児の抵抗もあり、効果的なアプローチがなされているか疑問もある。本来であれば、専任心理担当職員の配置と環境が必要とも感じる。但し、福祉型障害児入所施設では知的障害を主としていることもあり、反応を捉えにくいこともある。
- 29) 児童指導員として入職し、心理の担当として任されているため、日々の指導員としての業務に追われ深く心理関係のことができない。小規模な施設なため複数人心理担当を持つ人がいないため相談等もなかなかできない。利用者が普段言うことができないこと、言いたいことをこの人なら話せるといった位置づけであると感じる。
- 30) 職員配置が必置ではないので、持ち出しによる配置はむずかしい状況である。生活支援が中心となる福祉型においては、入所時判定、年1回の重度児判定（いずれも児相の心理判定員）の機会しか活用できないのが現実ではないか。公立施設には配置されている場合があるが、民間においては予算上難しい又常勤配置されたとしても生活支援が中心の業務において心理職と支援職との業務分担や役割について課題が出てくると思われる。
- 31) 心理職としての配置に専任でなくてもよいことから、支援職との兼務になり十分な役割が果たせない。
- 32) 心理担当職員が常勤者であると、保育士と同じ立場と思い本音を言ってもらえない。非常勤で募集しても時給がとても高い額を求められ、雇えない（管理者）。
- 33) 心理担当職員配置については、心理担当となるための条件をクリアする必要があるため、心理科専攻の人材を確保し、その業務にあたってもらうためには現在の人材確保の困難さと人員配置基準では難しい印象がある。直接支援業務との兼任ということでは心理担当として配置はしていますが、心理担当配置加算の対象にはならないため、専任として配置できていない状況である。児童福祉だけに限らず、心理的側面からのアプローチはとても有効な手段と考えているが、その必要性を国が理解しているならば、そのための配置が可能となるように検討していただけることを期待している。また、1施設だけの配置

として難しいということであれば、法人で1名の専任を配置することも検討していただけることが望ましいと考えている。一步でも児童福祉が前進することを期待している。

- 34) 人数に対しての心理担当者が少ない様に感じる。個々のニーズ、心理面のケアは、そう簡単に解決しない事も多々あると思う。時間もかかると考えられる為、人数を増やした方が良いのではと思う。
- 35) 精神的なストレスの多さと心理担当者関与の必要性が必ずしも比例するとは限らない(家族との関わりや外泊により子ども自らストレスコントロールする力を本来持っているため)。しかし、近年発達障害やその特性を持ったお子さんも多く入所され、集団生活を必要とする入所生活が非常にストレス過多になるケースも多い。そのような児に対する対応の助言や対応の工夫をスタッフと共に考えるような業務の在り方は必要と感じている。
- 36) 専任の心理担当職員配置がなく直接支援と兼務しているため心理職としての時間を充分とれない。
- 37) 直接支援も行っているため。面接等に影響する場合がある。
- 38) 当施設は県立の施設でもあり、職員の身分は県職員である。「専門職である前に公務員であれ」とも言われ、他の機関への異動、人事交流が年に1回ある。人事交流は大事ではあるが、心理担当職員の専門性が保てないという大きなデメリットも伴う。特に県の他の機関では実施されていない心理療法における専門性がなかなか維持できない。そして、年単位で心理治療が必要と思われるケースとの別れが異動によって生じる。特殊な専門性を必要とされる当施設のような施設の心理担当職員の異動に関しては、特別に考えて欲しいと県に要望しているところである。なお、県は心理職の採用をやめ、心理、ケースワーカー、生活指導など、なんでもこなせる人材を目指して「福祉職」の採用を行っている。このことも心理の専門性を維持できない大きな要因の一つとなっている。
- 39) 業務の特殊性が高く、これまでの経験が活かしくにくい。
- 40) “心理士”としての入り方、役割が不明瞭なため、各個人の裁量に任されている。
- 41) 目に見えないものをあつかうため、周囲にどのような仕事をする職種なのか理解してもらうまでが大変であると感じる。心理職員の力量が最も重要ではあるが、施設内で活躍しやすいように、位置づけを明確にしたり、他部署との連携を密にするなどの工夫は必要と感じる。
- 42) 家族から離れての集団生活である事に加え、心身に障害を持って暮らす入所者に対して、現代的なホスピタリズムへの分析と対応という視点を持つ事の重要性を認識して業務にあたる。(例：問題行動も表現としてとらえる…など) 2. その視点(現代的ホスピタリズムへの対応の必要性)を各専門領域とも共有し、家庭的養護や「個」としての尊重というものを医療・リハビリ・教育・生活の様々な場面で連携し実践実現していく 3. そのために心理担当職員として、部署内はもとより、他部署間でも信頼を築ける人材を配置しなければならないと思う。 4. 障害者の心理的支援の重要性については、法人施設全体の基本理念として掲げられており、40数年前より担当職員の配置がされている。そのため担当職員の採用・配置についても十分理解が得られている。課題は心理の有資格で採用しても人間性・社会性・組織性を保証するものではないという事である。
- 43) 障害者入所施設においては、看護職・支援職のスタッフが、「家族のように」親身に関わっている場合がある。一方で、配置換えや退職などの変化も大きく、子どもたちの発達を長期的な視点で見守りにくい場合もある。業務のあり方としては、心理担当職員は、できる限り病棟内の利用者とスタッフの関係について把握し、その関係がうまくかみ合っている時はスタッフに任せ、必要な時に介入をするという、ニーズの把握が大切と考えている。介入の際も、直接的がいいのか、心理の知見などの情報提供がいいのか、適切に判断し、スタッフの技量も高まるような関わり方が重要だと思う。そのためにも、日常生活の介助業務とは一線を画して、客観的な視点でいられることも必要な要件と感じる。
- 44) 配置については、核になるスタッフが全体を把握でき、さらに、思春期のデリケートな心情をもつ子どもたちの面接の複数のニーズが生じた時など、別のスタッフが係ることができるよう、複数体制が望ましいと思う(できれば、男女のスタッフも選びやすいよう)。複数いることで、お互いに協議もしながら進められる。
- 45) 問題点として、入所施設の心理担当者の歴史が浅いこと、前任者がいない場合もあり、いても、適切な

引き継ぎがなされにくいこと、一人体制が多いこと、実働にみあった診療報酬に結びつきにくいこと、養成段階から、肢体不自由に関して知る場が少ないこと、そのことと関連して、入職志望者が少なく、現場に馴染みにくいこと、心理職関連の学会でも十分には位置付けられず、研鑽の機会が少ないこと、などを、感じている。加えて、心理担当職員の病棟への関わり方は、非常に構造的・創造的であることが求められる。これは、クリニック等での限られた時間の個別相談に比して、とても多様な役割を組み合わせ、的確に優先順位を判断し、時間配分をしながら、短時間で起きていることや関係のポイントを把握するなど、多くの力量を必要とするからである。さらに、心理担当者が知り得た情報のフィードバックの仕方など、臨床的な視点が重要で、時には、福祉相談者と重なる役割を果たす必要がある場合もある。現在では、心理担当者としての養成段階で、肢体不自由に関する知識や経験がなく、人間学的な視点から、現職についてから研修をして、知識を得ているスタッフがいる。今後の、国家資格など、養成段階のカリキュラムに、障害者入所施設の現状も含めていくことの重要性を感じる。

- 46) 今回のアンケートでは、表れにくいと思いますが、この領域の心理担当者は、入所とともに、外来を兼務していることが多く、一方では「発達障害」の臨床をしつつ、麻痺や虐待などの理解と対応も必要で、非常に多くの知識を統合して駆使しなければ臨床がうまくいかない領域である。ようやく加算が認められた部分もあるが、重症心身障害児施設では、加算はなく、親子入園での個別の家族支援や母親グループワークも、重要度に比して無報酬である。複数いる場合の実働の報酬も反映されるようになれば、増えやすいかと感じている。
- 47) 多くの場合、心理士が患者さんと関わっても、点数が発生しないので、病院も、自分（心理士）を、どう使っているのか、分からない様子である。自分も、どう病院にアピールしているのか、分からない。
- 48) 家族支援は、ようやく始まったところ（10年かかった）。点数は取れないが、その効果が家族、利用者、そして病院にも感じられるような面接をしたい、と思っている。
- 49) 当センターは、外来・通園・入所等の患者さんが来られる複合的な施設、医療機関であるため、心理士が複数の業務を同時に行うことの（業務の進め方、時間の使い方、他職種との連携など）難しさがある。
- 50) （検査以外に）診療報酬のとれていない個別面談などが多い。
- 51) H28.4月～児童精神科開設に伴い、新たに心理職が配置された。心理職の業務については、現在園内で模索中である。心理検査用具も随時、購入しながら、業務を開始している。
- 52) H28年度より常勤心理士が雇用されたため、現在まだ手さぐりでできることを探している状態。（これまでは非常勤心理士がいたものの、外来での発達・知能検査専門で担当）。現在も、外来での発達・知能検査が主であり、病棟での業務が難しい状態。ただ、検査を取る前や取った後に、結果をもっと病棟職員に分かりやすく伝えたり、生活の様子を聞き取って結果をまとめる際に反映させる等、連携できる場所はもっとあると考えられるため、行っていきたい。また、検査を取っていない児についても心理的な視点からアセスメントや支援に活かせることがあると考えられる。ただし、病棟の流れと、外来に関わることが多い中での流れが異なるため、職員とも関係作りを行っている状態。まだ、心理職としての位置づけができていないが、数年をかけて作っていくことが必要だと考えている。外来での業務と病棟での業務の配分を探っている。
- 53) 私はA地域内でも障害児入所施設の中では入職した頃はまだ心理担当（常勤）はおらず、前例にないと思っていた。障害児（者）にセラピー？！という考えは全国的にもA地域でもまだまだあるときいている。子どもは、障害の有無にかかわらず、健常と同じように発達段階をゆっくりと歩いていくもので、心の成長もそうあると思っている。私はそれによりそい、どのような境遇で辛い体験をしても修正や回復（レジリエンス）する力が本来の人間にはあると信じてセラピーを続けている。尊敬している村瀬先生のお言葉をおかりするとすれば、「子どもは今までこれまで生きながらえてきたことに尊く思い、日常の会話をひろい傾聴してあげることがより施設内でのサイコセラピーといえる」と思う。子どもは”今”を生きていて、大人のように見通しも十分になく、いま生きることも大変な中にいる、いたという子はたくさんいる。日頃の悩みごとをききながら、その子の考えや姿そのものに目を向けて回復のお手伝いをする事自体が成長につながり、よりセラピーといえると考えている。このような考えに少しで

も賛同してくれる仲間が、心理士が増えてほしいな、と本当に願っている。

- 54) 医療型障害児入所施設（肢体不自由児・重症心身障害児支援）における心理（臨床心理士）の役割 I）入所児・者の発達評価を基に病棟職員、教育関係並びに地元行政との協働で家族支援を行う ①入所児・者への対応 1歳～40歳代の入所している児・者、約100名の発達・知的などの検査を年1回定期的に実施し、個々の発達に応じた関わりや適切な生活環境について、看護師・保育士などの病棟職員に加えPT・OT・STなどのリハビリ職員、学校教師と毎年カンファレンスを行っている。措置入所児以外に親の精神疾患や一人親や不安定な経済状態にあり家族支援が必要な子どもは入所児者の約17%前後にみられ、心理はMSWとともに地元の福祉行政・児童相談所と定期的な連携をとっている。中学、高等部で入所する児はとりわけ、学習面や対人関係において自己肯定感が低く個別的な心理支援が必要になり対応している。②親子入所への対応 ・県内外から年間延べ100世帯以上の親子が有期有目的で親子入所を利用している。重症心身障害児のPT・OT・STの療育は地域のバラツキがみられ、なかでも心理職が行う発達評価及び親子関係を含めた具体的な療育を受けているケースは極めて稀である。当センターでは、発達検査がスケールアウトする児に対しても、緻密な発達の評価及び具体的な関わり方を保護者に提示している。また、地元の発達支援センターや母子通園の個別支援計画に生かされるように発達情報を紙面にて提供している。II）発達外来関係 ・当センターは〇〇圏域6市町村約20万人都市の子どもの発達診断と療育が行える、中核的な位置づけである。未満時から11歳にかけ、毎年発達外来新患者約250名に対して、心理では小児科医のオーダーにより、発達・認知・性格などの諸検査を実施し子どもの理解とその特性にあった関わり方を家族並びに保育園・小学校などの教育・福祉機関に提供している。・診断分類としてはASD・ADHDが約6割を占め、二次障がい予防的介入を心理で行う。今日、新患の初診時の段階で約60%（虐待6%・劣悪な家庭環境28%・親の発達障がい9%・親の精神障害4%・理解が得られない保護者10%）に地域の教育・福祉行政含めた支援が必要である。また、新患の家族構成をみると、発達障がいの子どものひとり親家庭が6%と地域の離婚率と比較し約3倍と高く、継続した療育を行えるように福祉との連携の窓口心理士が入ることが多い。・H28年6月の時点では発達外来は7ヶ月待ちの状態であり、発達障がい診療が広がる一方、療育機能を持つ当センターでは年々対応しきれなく傾向も見られてきている。III）地域支援 ・発達障がいの早期発見と早期療育は、〇〇圏域の6市町村の乳幼児健診に関わる保健師と県保健福祉事務所と連携し、乳幼児健診でフォローアップされた児に早期療育が行われるよう年間12回の心理の巡回相談を実施している。・圏域全体では、乳幼児健診後のフォローアップ・母子通園施設・発達支援センターなど6ヶ所、年間約42回現地で心理士が児・家族・教育・福祉関係者などに心理的助言を行っている。・虐待などの要保護世帯などに対しては、医療と教育・福祉との連携が必要不可欠であり、各市町村の子ども課・発達支援センター・児童相談所・教育関係者らが集まっての要保護児童対策会議や支援会議は年間約80件に及びその中で子どもと家族の状態を把握している心理士の役割は大きい。今日、虐待はきょうだい関係の問題になりやすく、非行など二次的な予防を配慮した関わりが求められきょうだい、家族支援に介入するケースが増加している。支援会議には心理士以外に小児科医や子どもに関わるOTなどが参加し勤務時間外で年間約160時間以上に及ぶがそのほとんどが無報酬であり、センターにおいては経済的な負担も大きい。・就学に関しては本人並びにご家族の合意形成に基づく合理的な配慮が行えるよう、心理士による知能検査と発達特性の整理を行い、必要に応じ各市町村の教育委員会と連携している。
- 55) 運動機能や認知機能のリハビリテーションを行うPT・OT・STはリハビリテーション科に所属しています。それぞれの職種が5～10名ずつ配置されている。一方、心理判定員は療育支援員や保育士と同じ部署に所属し、1名配置されている。診療報酬の算定が可能な心理検査を医師の指示のもとに行うことは、POSと同様で、今後はリハビリテーションスタッフとして医療の中で心理の専門性を発揮していくことが自然ではないかと思う。しかし、一方で、神経心理学や神経生理学などを大学で学んでおらず、医療の中で必要な基礎知識の不足も痛感している。また、虐待や自殺企図など複雑な経過を経て入所された子どもさんや家族、また、外来や地域で関わる発達障害の方のニーズも年々多くなった。心理士は、心の問題を持つ方に寄り添える専門職だと思っている。複数の心理担当職員が配置されることで心理職



ならではの支援が活発に展開できることを願っている。

- 56) 現在は言語聴覚士が心理担当を兼任しているが、専門の知識をもった臨床心理士等が担当するのが望ましいと考える。
- 57) 行う業務の在り方や位置づけを試行錯誤している所で、人数がもう少しほしい。
- 58) 国家資格化に伴い、現在の仕事が、どのくらい保険適応でまかなっていけるか心配している。(必要な仕事なのに保険適応でないために削減される等) 一応、仕事が明確化されることで心理職の立ち位置もしっかりしてくれればと思う。入所の方はなかなか主張ができなかったり、適切に表出できない方も多いと思います。その中で1人1人の気持ちを守る仕事を大切にしていきたいと思う。また、結果の出にくい業種ですので働く人の心も守っていききたいと思う。
- 59) 自分の動き方の課題として感じる事 ①生活を支えている看護師や生活支援員との連携が不十分のため、なぜこういう行動をとっているかなどのコンサルテーション活動が進んでいない。→生活支援員がどのように活動しているのかわからないところがあり、コミュニケーションを取る時間が不足していると思う。そのため、些細なことでも話す心がけは行っている ②入所者の居住棟が2階と3階に分かれている。意識しないと自分の活動の流れでかかわることになり、時折、どちらかに片寄せた支援活動量になってしまう。→意識するためにスケジュールに2階、3階などと落とし込むが、なかなか上手くいっていないのが現状である。
- 60) 主に外来部門のみとなってしまうので、入所部間における位置がはっきりとしない保護者に対してはDrが中心となり、心理士のニーズとかぶる部分との定義づけがはっきりとされていないように思われる。心理加算がとれる対象児が被虐待児であるので、それが満たされていない際に施設全体として入所に関わることの金銭的なメリットが生じにくいいため、動き方の根拠が明示しづらい。
- 61) 周りに心理担当業務に詳しい人がおらず、年に1、2回遠方の心理士にアドバイスをもらっている状況なので身近にスーパーバイザーがいるといいと思う。また、入所の業務が忙しく、手厚い心理担当業務ができないので心理担当業務がしやすいように「心理担当業務に専念する時間を週1日程度設定する」などの決まりを作してほしい。
- 62) 重症心身障害児を対象とする入所施設なので、正確な知的・発達の査定がむずかしい。関わることによって行動観察を行い、トータルに見ていくがはっきりとしたものを出すことが非常に困難である。リハビリテーションの枠が入所の方1人1人に多く設けられているので心理業務を行う際の時間設定がむずかしいことがある。また、人数が1人なので心理職が行った方がいいと思われることに手を出しにくい。心理職がこれまでになかった所以他職種との協働が手さぐり状態。これからどう作っていくのか、大きな問題だと思っている。
- 63) 当施設は療養介護事業も行っており、心理的支援の必要性は「児」に限ったものではないと日々感じています。児・者のいずれに対しても、より良い療育を行うための後方支援(アセスメントとそれに基づくコンサルテーション)が心理職にまず求められる役割であると思います。
- 64) 入所90人に対し、御家施の視点からの機会の平等と、本人達の必要度などに応じた対応を明確にすることが難しい。
- 65) 入所の方と、外来の業務の兼任が難しい。外来中心になってしまう。
- 66) 入所者の重症化の進行、病棟では、繁雑な雑務の多様化量の増加により、看護師も生活介護スタッフも、入所者一人一人と直接向き合ってやりとりできる時間が減っている。そうした中、心理は時間が確保できれば、じっくり向き合うことが可能なため、また経年的にケースを追える立場にあるため一人一人の精神面の特徴や変化をとらえやすい立場にいる。但し現実には外来業務がメインであるため、確保している時間に相当限られる。又、医療的ケアの濃い入所者に対応する場合、大半がベッドサイドで短時間の関わりになってしまうこともあり、そうした場合、心理の役割は何か、日常生活と乖離した自分達の関わりの意味は何なのかと、考えてしまうことも多い。
- 67) 被虐待児への関わりだけでなく、治療や親の事情で、急に家族と離れた生活を余儀なくされた児に対しての心理面への支援や、親の心理面への支援も必要だと思っている。相談支援業務と兼務の為、なかなか

か、心理部分だけ取り組むのはむずかしいので、専任でやはり、業務することが必要だと思う。

- 68) 非常勤ということもあり、業務全体の把握ができていないところに問題を抱えているが、重症児（者）を対象としていると、医ケア、福祉、等々、生活していくための基盤があつてこそと、感じている。トータル的にアセスメントする力が必要と思うと同時に、心理職としてどこまで介入していいのか…少し距離をおいて、全体の力動を見極めていくのも大切なのか、難しさを感じる。
- 69) 病院の業務に追われており、重心施設の業務にはほとんど時間を割くことができない。また、重心施設における臨床心理業務に関する知見に乏しく何をしたらいいのか、ニーズは何かなどが十分に把握できていないことから、十分な仕事できていないという現状がある。
- 70) 未成年に対する心理療法的アプローチを期待されての配置だとは思いますが、実際には成人に対するニーズも多く、アンケートに書いてはいない成人ケースをいくつか並行して行っている。当施設は重症児の入所施設ということもあり、過半数は言語コミュニケーションに乏しいのが実情である。その中でも比較的言葉豊かな児童たちを選んで関わっている。本人たちとの面談と並行して、親に対するケアの必要性も強く感じるが、制度上組みこまれていないため、運良く繋がれたケースにしか介入していない。もっと気軽に利用してもらえると良い。（心理面で気になるところをインタビューする役割をつくる等。手続きが増えると大変かもしれない。）本来の在り方ではないのかもしれないが、職場の同僚たちの危機に介入することが多く、利用者さんたちと同じくらい時間を使いたい。離職率も高く、厳しい環境で働く他職種の人たちのサポートを気軽に行える体制がくれたら良い、と思っている。
- 71) 外来業務増加のため、なかなか入所の方々と関わる機会が少ない。
- 72) リハビリテーション所属のためか、他職種と同じように訓練としての認識が高く「頑張っておいで」と子どもたちを送り出してくれることがまだまだ多いため、その認識の変容をはからないといけない。
- 73) 現在、外来児の心理評価を主に行っており、入所児への関わりが週1回、2時間のみとなっている。その時その時の子ども達の思いにすぐに対応してあげることが難しくなっている。

## 2. 心理担当職員アンケート 個人票による調査結果

492 施設に 5 通ずつ個人票を送付し、対象となる心理担当職員への配布を依頼した。結果として、209 名の心理担当職員から回答がなされた。

表 7-1 回答職員の所属施設の種別と回答職員数

	回答人数
1 福祉型・主として知的障害児を入所させる施設	48
3 福祉型・主として聴覚障害児対象	1
4 福祉型・主として肢体不自由児を入所させる施設	10
5 福祉型・主として自閉症児を入所させる施設	9
6 医療型・主として肢体不自由児を入所させる施設	55
7 医療型・主として自閉症児を入所させる施設	5
8 医療型・主として重症心身障害児を入所させる施設	72
9 国立病院機構重症心身障害児者病棟	9

表 7-2 各テーマの実施状況

A 取り組んでいる B ニーズはあるが取り組めていない C ニーズを感じていない

	全体 N=209			1 福・ 知的			3 福・ 聴覚			4 福・ 肢体			5 福・ 自閉		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
①精神発達の促進	107	67	26	20	18	5	1	0	0	6	4	0	7	2	0
②認知・学習の援助	80	83	37	17	22	4	1	0	0	6	4	0	2	6	1
③情緒不安定、神経症症状への対応	119	70	14	29	14	1	1	0	0	7	3	0	7	1	1
④進路の問題	76	52	73	24	11	9	0	0	1	6	2	2	6	3	0
⑤本人の自己理解の促進	94	72	35	20	20	2	0	1	0	6	3	1	5	4	0
⑥社会的スキルの向上	99	70	34	27	15	2	0	1	0	5	4	1	3	6	0

⑦本人の家族理解への対応	84	72	45	14	24	5	1	0	0	6	2	2	5	4	0
⑧問題行動への理解と対応	135	51	14	30	12	1	0	1	0	8	2	0	9	0	0
⑨本人の行動の解釈と対応の助言	136	53	11	30	13	0	1	0	0	8	2	0	8	1	0
⑩トラウマワーク ア) 遊戯療法	58	65	75	14	23	5	1	0	0	7	2	1	0	4	5
イ) 箱庭療法	32	64	102	7	26	9	1	0	0	4	2	4	0	2	7
ウ) ライフストーリー(ヒストリー)ワーク(LSW)	8	70	117	1	30	10	0	0	1	0	5	5	0	2	7
エ) アタッチメントワーク	17	82	93	5	26	10	0	1	0	0	6	4	1	5	3
オ) その他	13	12	48	3	7	5	0	0	0	3	1	2	0	1	2
⑫保護者の支援 ア) 個別カウンセリング、家族カウンセリング、グループワーク	58	85	53	3	27	11	0	1	0	1	6	3	3	6	0
イ) ペアレント・トレーニング	14	78	97	1	25	15	0	0	1	2	5	3	0	4	5
a 精研式: 国立精神神経センター方式	14	67	100	2	23	16	0	0	1	0	5	5	0	4	5
b CPS: コモンセンスペアレンティング	5	18	58	0	5	8	0	0	1	0	1	4	0	1	3

A 取り組めている B ニーズはあるが取り組めていない C ニーズを感じていない

	6 医・ 肢体			7 医・ 自閉			8 医・ 重心			9 国病 重心		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
①精神発達の促進	30	15	9	2	3	0	38	20	11	3	5	1
②認知・学習の援助	20	19	15	2	3	0	29	24	16	3	5	1
③情緒不安定、神経症症状への対応	32	19	4	2	2	0	36	27	8	5	4	0
④進路の問題	14	23	16	1	1	3	22	11	37	3	1	5
⑤本人の自己理解の促進	26	19	9	4	1	0	28	23	20	5	1	3
⑥社会的スキルの向上	26	19	9	3	2	0	31	19	21	4	4	1
⑦本人の家族理解への対応	25	17	12	2	3	0	27	20	23	4	2	3
⑧問題行動への理解と対応	36	16	3	2	2	0	44	16	10	6	2	0
⑨本人の行動の解釈と対応の助言	36	16	3	2	2	0	45	18	7	6	1	1
⑩トラウマワーク ア) 遊戯療法	21	16	17	2	3	0	11	13	44	2	4	3
イ) 箱庭療法	11	16	27	0	5	0	8	11	49	1	2	6
ウ) ライフストーリー(ヒストリー)ワーク(LSW)	5	17	31	0	2	3	2	10	55	0	4	5
エ) アタッチメントワーク	5	19	28	0	4	1	6	16	44	0	5	3
オ) その他	4	1	13	1	0	0	2	1	23	0	1	3
⑫保護者の支援 ア) 個別カウンセリング、家族カウンセリング、グループワーク	25	13	15	1	4	0	23	24	22	2	4	2
イ) ペアレント・トレーニング	2	23	26	0	3	0	9	15	41	0	3	6
a 精研式: 国立精神神経センター方式	6	17	25	2	3	0	4	13	42	0	2	6
b CPS: コモンセンスペアレンティング	1	5	14	0	2	0	4	3	25	0	1	3

表 8-12-1 入所児への業務以外に、外来業務も担当していますか。

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉症	8 医・重症	9 国・重症
している	130	62.2%	8	0	3	2	52	5	55	5
していない	74	35.4%	38	1	7	7	3	0	15	3

表 8-2 2-2 入所施設全体の中でかかわっている会議など

棟内連絡会議	虐待防止委員会	心理ミーティング	小児科カンファレンス
訓練科スタッフ連絡会議	苦情解決委員会	部門会議	症例検討会議
臨時の検討会議	支援保会議	図書委員会	職員会議
ケース会議	I T 推進部会	緩和ケアチーム	リハビリテーション科会議
グループ会議	幼児支援に関する会議	療育会議	多職種カンファレンス
リーダー会議	倫理委員会	管理会議	担当者ミニカンファレンス女子
児童支援に関する会議	養護学校との連絡会議	連絡会議	リスクマネジメント部会
中核スタッフ会議	各部門調整会議	安全衛生委員会	生活支援員会
研修係会議	看護師との会議	医務部ミーティング	食事委員会
人権擁護委員会	海外研修委員会	病棟会	保育委員会
学園単位での全体会議	経営会議	運営会議	防災委員会
ドクター連絡会	月例職員会議	身体拘束廃止会議	心理科会議
ネットワーク委員会	権利擁護委員会	給食委員会	

表 8-3-1 2-3 書類業務には、どのようなものがありますか。(複数回答可)

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重症	9 国・重症
面接記録	160	78.8%	33	1	10	9	46	5	47	9
年度のまとめ	88	43.3%	23	1	6	8	17	1	26	6
検査結果報告	135	66.5%	13	0	5	0	53	5	53	6
医師への連絡	77	37.9%	7	0	2	5	29	1	28	5
会議資料	92	45.3%	19	0	6	8	28	2	26	3
心理知見関連資料	62	30.5%	8	1	7	0	19	1	22	4
その他	43	21.2%	11	0	4	2	12	0	14	0

表 8-3-2 書類業務に要する時間は、全体の業務のどのくらいを占めますか

N=209

	N	%		N	%
0	1	0.5%	5	9	4.3%
0~5	2	1.0%	5~10	1	0.5%
1	4	1.9%	50	22	10.5%
10	20	9.6%	50~60	1	0.5%
2	1	0.5%	60	16	7.7%
20	20	9.6%	60~70	3	1.4%
20~30	3	1.4%	70	8	3.8%
25	3	1.4%	70~80	1	0.5%
30	33	15.8%	80	4	1.9%
30~40	1	0.5%	90	1	0.5%
35	3	1.4%	だいたい 35	1	0.5%
40	29	13.9%	なし	1	0.5%

表 8-3-3 自宅に持ち帰って記録や検査の集計やレポート作成等を行うことがありますか

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
持ち帰り ある	34	16.3%	7	0	5	1	7	1	13	0
持ち帰り ない	102	48.8%	22	1	3	5	28	4	34	5
書類の持ち出しが不可能	74	35.4%	17	0	3	3	23	1	23	4

表 8-3-4 持ち帰り 月あたり時間

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
1	1	0.5%	0	0	0	0	0	0	1	0
10	8	3.8%	2	0	3	0	0	0	3	0
10～15	1	0.5%	1	0	0	0	0	0	0	0
15	3	1.4%	0	0	0	0	1	0	2	0
20	4	1.9%	1	0	0	0	0	0	3	0
25	1	0.5%	0	0	0	0	1	0	0	0
3	1	0.5%	0	0	0	0	0	1	0	0
4	4	1.9%	1	0	2	0	0	0	1	0
5	3	1.4%	1	0	0	1	0	0	1	0
50	1	0.5%	0	0	0	0	1	0	0	0
6	2	1.0%	1	0	0	0	0	0	1	0
8	3	1.4%	0	0	0	0	3	0	0	0

表 8-4-1 2-4 心理業務以外の実務

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
ある	125	59.8%	43	1	5	9	26	2	33	6
ない	80	38.3%	3	0	5	0	28	3	38	3

表 8-4-2 2-4 心理業務以外の実務の内容

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
入所生活の世話	79	37.8%	37	1	3	9	11	0	14	4
教育	22	10.5%	9	0	1	1	5	0	6	0
管理業務	30	14.4%	8	1	0	5	6	0	8	2
サービス計画書記載	45	21.5%	14	0	2	5	6	0	13	5
その他	39	18.7%	6	0	3	2	10	2	15	1

表 8-4-3 2) 病棟、生活棟で、生活支援者と同様の介助業務を要請されていますか。(複数回答可)

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重症	9 国・重症
なし	117	56.0%	6	0	6	0	41	5	54	5
食事	74	35.4%	37	1	3	9	6	0	15	3
排泄	68	32.5%	37	1	2	8	5	0	12	3
着替え	67	32.1%	36	1	2	8	4	0	12	4
外出同伴	60	28.7%	34	1	3	8	2	0	8	4
入浴	61	29.2%	34	1	2	8	2	0	12	2
その他	28	13.4%	14	0	2	0	6	0	6	0

表 8-4-4 その他の内容

- ・ バスレク
- ・ プレイルーム掌握、学校への迎え
- ・ 学校との面談
- ・ 関わり
- ・ 兼務のため全て行う
- ・ 見守り
- ・ 感染症対応時
- ・ 行事参加、通院 学校こんだん、お迎え（登下校と体調不良時）
- ・ 作業
- ・ 歩行
- ・ 指導員として配置されている。
- ・ 支援者と心理担当の兼任
- ・ 宿題
- ・ 水分補給などの手伝い
- ・ 清掃の補助
- ・ 清掃
- ・ 生活支援（テレビ録画 洗顔など）
- ・ 生活支援者の業務全て
- ・ 生活全搬
- ・ 送迎
- ・ オーラルケア
- ・ 通院
- ・ 服薬
- ・ リハビリり同伴
- ・ 日中活動
- ・ 必要な時には介入、介助あり。
- ・ 病棟外でのリハビリグループ内で一部の利用者様の食事介助は担当している
- ・ 病棟職員がインフルで欠員した場合のみ
- ・ 夜勤

3)要請されていないものの、自主的に行っている（行っていた）ものはありますか。（複数回答可）

表 8-4-5

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
なし	136	65.1%	29	1	5	4	43	5	43	6
食事	30	14.4%	4	0	3	3	8	0	9	3
排泄	21	10.0%	4	0	2	3	5	0	4	3
着替え	24	11.5%	4	0	2	2	8	0	6	2
外出同伴	19	9.1%	5	0	2	2	3	0	5	2
入浴	9	4.3%	4	0	1	1	1	0	0	2
その他	24	11.5%	6	0	2	1	4	0	11	0

## 2-5 勤務時間等

表 8-5-1 1) 勤務時間内で業務が終了しますか。

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
業務が終了する	73	34.9%	14	1	6	2	13	3	30	4
業務が終了しない	134	64.1%	32	0	4	7	42	2	42	5

表 8-5-2 2) 超過勤務 月あたり時間

N=209

	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
0	10	4.8%	1	0	0	0	4	0	4	1
1	10	4.8%	1	1	2	0	0	1	5	0
1~2	3	1.4%	1	0	1	0	0	0	1	0
1~3	1	0.5%	1	0	0	0	0	0	0	0
10	25	12.0%	6	0	2	0	7	0	8	2
10~15	2	1.0%	0	0	1	0	1	0	0	0
100	1	0.5%	0	0	0	0	1	0	0	0
12	2	1.0%	0	0	0	0	1	0	1	0
15	10	4.8%	4	0	0	0	4	0	2	0
15~20	2	1.0%	1	0	0	0	1	0	0	0
2	6	2.9%	2	0	0	0	2	0	2	0
2~3	3	1.4%	0	0	0	2	1	0	0	0
20	20	9.6%	8	0	1	1	3	0	6	1

20～30	3	1.4%	1	0	0	0	0	0	2	0
3	7	3.3%	2	0	0	1	0	0	4	0
3～4	1	0.5%	0	0	0	0	1	0	0	0
30	12	5.7%	2	0	0	0	4	1	5	0
30～40	1	0.5%	0	0	0	0	1	0	0	0
4	2	1.0%	0	0	0	0	1	0	1	0
4～5	1	0.5%	0	0	0	0	1	0	0	0
40	5	2.4%	1	0	0	0	2	0	2	0
40～50	1	0.5%	0	0	0	1	0	0	0	0
5	13	6.2%	3	0	0	2	3	0	3	2
5～10	2	1.0%	0	0	0	0	1	0	1	0
50	2	1.0%	0	0	1	0	0	0	1	0
6	6	2.9%	2	0	0	1	1	0	1	1
60	2	1.0%	1	0	0	0	1	0	0	0
7	3	1.4%	0	0	0	0	2	0	1	0
7～10	1	0.5%	0	0	0	0	0	0	1	0
8	3	1.4%	0	0	0	1	2	0	0	0
8～9	1	0.5%	0	0	0	0	0	0	1	0
なし	1	0.5%	0	0	0	0	0	0	1	0

表 8-5-3 3) 超過勤務の手当はありますか

N=209

	N	%	1 福・ 知的	3 福・ 聴覚	4 福・ 肢体	5 福・ 自閉	6 医・ 肢体	7 医・ 自閉	8 医・ 重心	9 国病 重心
ある	121	57.9%	30	1	3	8	29	5	38	7
あるが上限がある	42	20.1%	12	0	2	1	10	0	15	2
ない	41	19.6%	4	0	5	0	14	0	18	0

表 8-5-4 4) 賞与はありますか

N=209

	N	%	1 福・ 知的	3 福・ 聴覚	4 福・ 肢体	5 福・ 自閉	6 医・ 肢体	7 医・ 自閉	8 医・ 重症	9 国・ 重症
ある	175	83.7%	40	1	6	9	47	5	58	9
ない	30	14.4%	6	0	4	0	7	0	13	0

表 8-6 2-6 実際に行えていないものの、時間があれば取り組みたい業務内容がありますか。

- ・ I C Tを活用した療育活動
- ・ S S T
- ・ グループセッションなど。
- ・ グループによる療法
- ・ 事務
- ・ グループワーク
- ・ 発達障害児のための療育
- ・ ケース検討会
- ・ 適正ポジショニングによる  
カウンセリング
- ・ スヌーズレン
- ・ トラウマワーク
- ・ アタッチメントワーク
- ・ ピアカウンセリング
- ・ プレイセラピー
- ・ ペアレントトレーニング
- ・ 家族支援
- ・ 集団心理療法
- ・ 外来業務
- ・ 患者のきょうだい支援
- ・ 関係機関との共催研修
- ・ 検査に関する研修（スタッフ  
向け）学校との連携
- ・ 研究発表
- ・ 個別の関わり
- ・ 家族への働きかけ
- ・ 個別の心理教育
- ・ ピアグループ指導等
- ・ 個別の面接（定期）
- ・ 勉強会
- ・ 構造化された個別面接
- ・ 行っている業務のまとめ
- ・ 子どものプレイセラピー
- ・ 支援者支援の取り組み
- ・ 児への遊戯療法箱庭療法
- ・ 児童・保護者に対する個別対  
応資料
- ・ 児童の集団ワーク等児相の  
ケースカンファに参加
- ・ 外出支援
- ・ 招待行事の参加
- ・ 学校と保護者との連携
- ・ 食事場面の観察
- ・ 心理検査
- ・ 発達検査
- ・ 面接
- ・ 遊戯療法等
- ・ 親・保護者に対する支援
- ・ 親の会
- ・ 職員のメンタルヘルス向上の  
取り組み

- ・生活空間の補修
- ・教具、教材作り
- ・生活支援ではない心理業務
- ・地域家庭の親へのサポート
- ・定期的なコンサルテーション
- ・入所児とのかかわり
- ・入所児の心理支援
- ・グループ療育
- ・入所児童の見立てのしなおい
- ・入所者（職員）のニーズ調査とそれに対する対応
- ・発達検査
- ・病棟職員と連携しての入所者の日中活動
- ・面接の準備
- ・面接頻度を増やす
- ・遊戯療法
- ・個別カウンセリング
- ・生活支援
- ・療育活動への参加
- ・個別の心理面接等
- ・療育活動への指導
- ・臨床動作法

表 9-1 3 資格、職歴、勤務状況などについて教えてください

N=209

	N	%
臨床心理士	111	53.1%
臨床発達心理士	16	7.7%
学校心理士	1	0.5%
幼稚園	12	5.7%
小学校	20	9.6%
中学・高校	33	15.8%
専攻		
英語	2	1.0%
公民	10	4.8%
国語	1	0.5%
社会	12	5.7%
社会特殊教員	1	0.5%
地歴	2	1.0%
美術	1	0.5%
福祉	1	0.5%
理科	1	0.5%
養護学校教諭	15	7.2%
社会福祉士	18	8.6%
精神保健福祉士	7	3.3%
保育士	17	8.1%
その他	34	16.3%
ケアマネジャー・福祉住環境コーディネーター2級	1	0.5%
ヘルパー2級	2	1.0%
ホームヘルパー	1	0.5%
介護支援専門員	1	0.5%
介護福祉士	6	2.9%
児童指導員	7	3.3%
社会福祉主事	2	1.0%
児童発達支援管理責任者	3	1.4%
社会福祉主事	7	3.3%
児童福祉司	1	0.5%
社会福祉主事任用	4	2.0%
サビ管(児童)・行動援護の資格	1	0.5%
相談支援専門員	3	1.4%
認定心理士	2	1.0%
心理判定員(児童心理司)	1	0.5%
幼稚園教諭	1	0.5%
医師	0	0.0%



看護師	1	0.5%
理学療法士	0	0.0%
作業療法士	0	0.0%
言語聴覚士	3	1.4%
その他	3	1.4%
音楽療法士	1	0.5%
精神科療法士	1	0.5%
認定行動療法士、自閉症スペクトラム支援士	1	0.5%

### 3-2 職歴を教えてください。

表 9-2-1 1)心理担当職員としての実務経験年数は、何年ですか。

N=209										
	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
実務経験年数 1 年目	21	10.0%	10	0	0	0	4	1	4	2
実務経験年数 ～5 年	65	31.1%	20	1	4	2	11	1	22	4
実務経験年数 5～10 年	46	22.0%	7	0	2	4	14	0	17	2
実務経験年数 10～15 年	31	14.8%	3	0	3	2	11	0	12	0
実務経験年数 15～20 年	15	7.2%	2	0	0	0	5	2	5	1
実務経験年数 20～25 年	10	4.8%	1	0	1	0	3	1	4	0
実務経験年数 25 年以上	13	6.2%	0	0	0	1	7	0	5	0

表 9-2-2 2)現在の職場での経験年数を教えてください。

N=209										
	N	%	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
現在経験年数 ～5 年	78	37.3%	12	1	6	3	21	1	30	4
現在経験年数 5～10 年	55	26.3%	21	0	3	2	13	2	12	2
現在経験年数 10～15 年	22	10.5%	4	0	1	2	5	1	9	0
現在経験年数 15～20 年	5	2.4%	0	0	0	0	2	0	2	1
現在経験年数 20～25 年	7	3.3%	0	0	0	1	1	0	5	0
現在経験年数 25 年以上	9	4.3%	1	0	0	1	4	0	3	0

表 9-2-3 3)これまでに経験した心理担当職員以外の職種についてその内容と経験年数を教えてください。

内容	年数		
GH世話人	1	ひきこもり対策事業担当	2
SC	2	幼児塾	1
ST	12	リハビリ助手	8
クリニック受付	1	医療機関検査担当	3
ケースワーカー	4	医療心理	4
指導員	4	育成員	3
児童心理司	0.4	一般職	6
児童福祉司	5	家庭児童相談員	2
スクールカウンセラー	1～10	介護職	5
スクールカウンセラー補助	3	介護職(高齢者)	3
生活支援員	6	会社員	2～22
精神科デイケア	1	看護師(病院勤務)	12
相談員	3	教育相談員	3～11
ティーチャートレーニング講師	4	教員	38
特別支援学校介助員	2.5	言語聴覚士	1～17
		行政事務	2

指導員(適応指導教室)	2	精神科心理士	9
支援員	1	精神保健福祉相談員	2
児相	6	相談員	9
児童ディサービス員	0.5	相談支援員兼臨床心理士	3
児童指導員	1～18	他病院での心理職	5
児童指導員補助	2	大学に伴設される相談室での相談員兼事務	1
児童支援員	2	大学非常勤講師	約 10～17
児童自支援専門員	5	知的障害児支援	28
児童心理司	13	知的障害児者職業訓練校	6
児童精神科外来非常勤心理士	2 年半	知的障害者福祉司	2
児童相談所児童福祉司	2	特別支援学校教諭	2
児童相談所相談員(非常勤)	3	乳幼児検診	5
社会福祉主事	4	発達障がい支援員	5
就労指導員	3	発達障害支援専門員	2
心の教室相談員	2	発達障害者支援センター職員～支援員	5
心理相談員	5	発達障害者支援センター心理	3
心理相談所事務	3	病院心理(児童精神科など含む総合病院)	6
心理判定員	2	病棟ケースワーカー	4
成人就労支援員	2	福祉指導員	5
生活指導員	4	保育士	1～36
生活指導相談員	5	保健所保健センターの心理(健診、再診)	約 10
生活支援員	2～20	放課後デイ指導員	3
生活支援員世話人	5	寮父	0.9
生活保護CW	3	療育コーディネーター相談支援専門員	5
精神科急救相談窓口相談員	2		

### 3-3 経緯等について教えてください

表 9-3-1 1) 現在の職場に入った経緯を教えてください。

	N
希望による入職	148
希望による異動	14
希望によらない異動	30
希望した機関で配属	12
その他	4
医師から誘われた	1
事業所(法人含む)による配属にて	1
児童指導員から兼任での心理判定員への辞令	1
心理担当の必要性から勤務先の精神科に依頼があった	1

	1 福・ 知的	3 福・ 聴覚	4 福・ 肢体	5 福・ 自閉	6 医・ 肢体	7 医・ 自閉	8 医・ 重心	9 国病 重心
希望による入職	33	1	7	4	39	1	56	7
希望による異動	0	0	0	0	9	3	2	0
希望によらない異動	11	0	3	3	7	0	6	0
希望した機関で配属	3	0	0	1	1	1	4	2
その他	0	0	0	1	1	0	2	0

表 9-3-2 2) 入職・異動に当たり、何らかの条件がありましたか。

	N
ない	104
あった	99

資格	73
経験年数	10
諸検査の習熟	23
その他	27

- ・すぐに戦力として働けること
- ・学部で心理学を修めた。
- ・学歴
- ・既卒者は心理士としての就労経験
- ・試験の合格
- ・資格取得見込み。
- ・自分のこれまでの学歴、職歴、仕事内容等をよく知っている上司による評価だった
- ・重心の経験
- ・心理学科を卒業している
- ・心理学関係の単位取得
- ・心理学部卒
- ・心理大学院卒
- ・専門学校以上の卒業
- ・専門大学院卒
- ・大学で心理学専攻
- ・大学で心理・福祉・教育を専攻
- ・大学院修了
- ・担当する業務
- ・年齢
- ・被虐待ケースへの対応経験。
- ・必要な単位を取っていること。
- ・臨床経験など
- ・臨床心理士資格の取得
- ・臨床心理士受検資格

表 9-3-3 3) 入職・異動に当たり、何らかの条件がありましたか。

	1 福・知的	3 福・聴覚	4 福・肢体	5 福・自閉	6 医・肢体	7 医・自閉	8 医・重心	9 国病重心
ない	29	1	2	8	27	4	32	1
あった	16	0	8	1	27	1	38	8
資格	11	0	6	1	21	0	27	7
経験年数	1	0	1	0	4	0	4	0
諸検査の習熟	1	0	0	0	9	0	12	1
その他	6	0	1	0	8	1	10	1

表 9-3-3 4) 現在の職場以外に、勤務している場がありますか。(複数回答可)

N=209

	N	%
ない	163	78.0%
ある	41	19.6%
療育機関	3	1.4%
病院	10	4.8%
大学職	5	2.4%
保健センター	8	3.8%
地域機関巡回相談	3	1.4%
スクールカウンセラー	13	6.2%
スクール SW	1	0.5%
教育相談所	7	3.3%
その他	10	4.8%

その他内容

- ・カウンセリングルーム
- ・放課後ディサービス
- ・学校巡回相談
- ・学生相談室
- ・看護専門学校 開業相談室 産業領域のカウンセリング
- ・個人開業カウンセリングルーム
- ・自宅でカウンセリングルーム開設

- ・成人入所施設
- ・知的障害者（成人）入所施設
- ・知的障害者職業訓練校

#### 4. 職場環境等について教えてください。

表 9-4-1 1)入職・異動の際、前任者がいましたか。

N=209

	N	%
前任者 いた	137	65.6%
前任者 いない	69	33.0%
十分だった	62	29.7%
十分ではないが手掛かりになった	63	30.1%
受けられなかった	14	6.7%

表 9-4-2 2)業務について相談できる人がいますか。

N=209

	N	%
職場内にいる	171	81.8%
職場外にいる	59	28.2%
いない	13	6.2%

表 9-4-3 3)精神病理を相談できる専門医がいますか。

N=209

	N	%
職場内にいる	75	35.9%
職場外にいる	55	26.3%
いない	83	39.7%

表 9-4-4 4)職場内にコミュニケーションのとりやすい医師がいますか。

N=209

	N	%
いる	127	60.8%
いない	79	37.8%

表 9-4-5 5)病棟・生活棟のニーズにみあった業務時間配分ができていますか。

N=209

	N	%
できている	81	38.8%
できていない	113	54.1%

表 9-4-6 6)業務内容の優先順位など、ご自分の意向が反映されていると感じられますか。

N=209

	N	%
十分されている	31	14.8%
ある程度されている	97	46.4%
どちらともいえない	60	28.7%
されていない	18	8.6%

表 9-4-7 7)スタッフルームは、整備されていますか。

N=209

	N	%
専用デスク	153	73.2%
専用ロッカー	161	77.0%
更衣室	150	71.8%
電話	152	72.7%

冷蔵庫	125	59.8%
空調設備	166	79.4%
インターネット	159	76.1%
その他	13	6.2%

表 9-4-8 8)「不足している」と感じるものがありますか。

N=209

	N	%
ある	85	40.7%
ない	100	47.8%

- ・ i P a d などの I T 機器
- ・ スキャナの数
- ・ W i F i やクラウド
- ・ インターネットメールアドレス
- ・ カウンセリングに必要な物品の不足
- ・ カルテ庫
- ・ ケースの見立てを行える人そしてその人と心理職との連携
- ・ ケースワーカーと同室で出入り、電話が多く集中が難しい
- ・ 絵本
- ・ 書類保管用ロッカー
- ・ 心理スタッフ専門の部屋
- ・ スタッフルームのスペース
- ・ スタッフルームのスペースの広さ
- ・ セラピー用の玩具(箱庭など)
- ・ 電子カルテ
- ・ ハード面では専用の面接室
- ・ ソフト面では心理業務の時間と

- 人員
- ・ もう一人の心理職員用の電子カルテ
- ・ もう少し予算があれば
- ・ 印刷機
- ・ F A X
- ・ 休憩室
- ・ 給料
- ・ 教材室
- ・ 空調に関する柔軟な対応
- ・ 検査器具
- ・ 心理検査用紙
- ・ 個人専用ロッカー
- ・ 広さの十分な遊戯室 感覚統合のできる環境
- ・ 時間
- ・ 自分の経験と知識
- ・ 自分以外の心理担当者(複数)
- ・ 主とするスタッフルームが病棟内の詰所であり、福祉職専用のスタッフルームがない
- ・ 収納スペース

- ・ 心理の施設業務に対する所属組織の理解
- ・ 心理業務のための控室、P C、L A N 環境
- ・ 心理用の道具
- ・ 人員
- ・ 専門書
- ・ 専用 P C
- ・ 専用ロッカー
- ・ 待機室自体ない
- ・ 暖房設備
- ・ 電子カルテ(記録入力の際の)
- ・ 電話
- ・ 同じ職種のスタッフ
- ・ 乳幼児向けのおもちゃ
- ・ 箱庭等の心理に関わる備品
- ・ 防音環境
- ・ 面接を行う備品
- ・ 面談を行う部屋(個室)
- ・ 冷蔵庫
- ・ インターネット

表 9-4-9 9)心理面接室は、整備されていますか。

N=209

	N	%
面接のねらいに応じて複数ある	63	30.1%
専用だが不足している	68	32.5%
他部署と兼用	54	25.8%
病棟の空間を利用している	33	15.8%
時間によって使えない時がある	41	19.6%
その他	18	8.6%

表 9-4-10 10)検査用具や遊具は、整備されていますか。

N=209

	N	%
専用である	120	57.4%
兼用で毎回運び入れる	63	30.1%
収納場所が狭い	44	21.1%
その他	30	14.4%

表 9-4-11 11)書籍や遊具購入などに使える予算が計上されていますか。

N=209

	N	%
年間予算が組まれている	44	21.1%
必要時に申請する	143	68.4%
ない	16	7.7%

年間当たり金額

1 万	5	7 万	1	30 万	1
2 万	6	8 万	1	50 万	1
3 万	4	10 万	1		
5 万円	5	20 万	2		

**5 教育歴**について伺います。あてはまるものに○印をつけてください。

表 9-5-1 1)最終学歴は、どれに該当しますか。

N=209		
	N	%
大学卒業	75	35.9%
大学院修士課程修了	117	56.0%
大学院博士課程博士号取得	5	2.4%
専門学校	7	3.3%
専門学校 通学	3	1.4%
専門学校 通信	2	1.0%
その他	10	4.8%

表 9-5-2 2)専門学校・大学等での専攻分野を以下から選んでください。

N=209		
	N	%
心理関係	151	72.2%
教育関係	26	12.4%
福祉関係	31	14.8%
発達関係	10	4.8%
その他	18	8.6%

表 9-5-3 3)直接体験について

N=209		
	N	%
3)専門学校・大学等で、「障害児」に関する知識や臨床実習等の直接体験がありましたか。		
授業であった	132	63.2%
個人的にあった	51	24.4%
なかった	42	20.1%
4)専門学校・大学等で、「知的障害」に関する知識や臨床実習等の直接体験がありましたか。		
授業であった	130	62.2%
個人的にあった	52	24.9%
なかった	44	21.1%
5)専門学校・大学等で、「発達障害・自閉症」に関する知識や臨床実習等の直接体験がありましたか。		
授業であった	143	68.4%
個人的にあった	58	27.8%
なかった	31	14.8%
6)専門学校・大学等で、「視覚・聴覚障害」に関する知識や臨床実習等の直接体験がありましたか。		
授業であった	68	32.5%
個人的にあった	27	12.9%
なかった	116	55.5%
7)専門学校・大学等で、「肢体不自由」に関する知識や臨床実習等の直接体験がありましたか。		
授業であった	68	32.5%
個人的にあった	25	12.0%
なかった	124	59.3%
8)専門学校・大学等で、「重症心身障害」に関する知識や臨床実習等の直接体験がありましたか。		
授業であった	55	26.3%
個人的にあった	27	12.9%

なかった	132	63.2%
9) 専門学校・大学等で、医学用語や医療的ケアの知識に関してはどうですか。		
授業であった	98	46.9%
個人的にあった	19	9.1%
なかった	93	44.5%
10) 専門学校・大学等で、「児童虐待」に関する知識や臨床実習等の直接体験がありましたか。		
授業であった	117	56.0%
個人的にあった	25	12.0%
なかった	71	34.0%

## 6 研修、研究など

表 9-6-1 1) 自身のケース検討や勉強会など、スキルアップのための時間がありますか。

N=209

	N	%
定期的にある	42	20.1%
月あたり時間		
平均値	3.2	
SD	1.6	
最小値	1	
最大値	8	
不定期だがある	71	34.0%
勤務時間外にある	76	36.4%
ない	30	14.4%

表 9-6-2 2) 学会参加の扱いはどうなっていますか。

N=209

	N	%
公費出張可能	38	18.2%
年あたり回数		
平均値	1.2	
SD	0.3	
最小値	1	
最大値	3	
有給休暇で私費で参加	70	33.5%
休暇で私費で参加	65	31.1%
上司が認めた場合は公費出張	90	43.1%
出張扱いで私費で参加	8	3.8%
その他	11	5.3%

表 9-6-3 3) 研修会等の参加の扱いはどうなっていますか。

N=209

	N	%
公費出張可能	50	23.9%
年あたり回数		
平均値	1.4	
SD	0.6	
最小値	1	
最大値	4	
有給休暇で私費で参加	61	29.2%
休暇で私費で参加	65	31.1%
上司が認めた場合は公費出張	108	51.7%
出張扱いで私費で参加	12	5.7%
その他	10	4.8%

表 9-6-4 4) 臨床、学術研究は、行っていますか。  
過去 5 年間の回数

平均値	0.6
SD	0.9
最小値	0
最大値	7

これまでの主な研究テーマ

- ・ 不児の学童期グループ
- ・ ペアレント・トレーニングの効果について
- ・ 重症心身障害者の方に読みきかせを行い、覚醒および相互作用的なかわりについての研究
- ・ Mチャットでの地域支援。
- ・ PTSD ト라우マケア
- ・ WISC-IVに関するもの
- ・ カウンセラーディベロップメント
- ・ しつけ（親子関係）
- ・ ジョイントアテンション
- ・ ダウン症の認知能力低下について。
- ・ 発達障害児のグループセラピーについて
- ・ フィンランドキッズスキルの有効性
- ・ ペアトレ
- ・ 医療現場のメンタルヘルスを考える一システム作りにつながる組織風土を作る一
- ・ 一般病棟に入院している躁うつ病を併発している 40 代肺癌男性とその妻に対して癌サポートチームでの介入が有効であった一例
- ・ 家族支援
- ・ 学校または小集団における SST
- ・ 緩和ケア・サイコオンコロジー
- ・ 強度行動障害への専門的アプローチ
- ・ 現在のホスピタリズム
- ・ 言語発達
- ・ 行動コンサルテーション、学校での協働作業
- ・ 高機能自閉症に関する理解と家族支援
- ・ 在宅支援
- ・ 肢体不自由児への心理的支援
- ・ 表現活動の拡大
- ・ 児童虐待
- ・ 児童養護施設職員へのペアレントトレーニング実施
- ・ 自己効力感の向上と SST の効果の維持の関連性について
- ・ 重症児者の様々な日中活動について
- ・ 重症心身障害にかかわる心理臨床
- ・ 重症心身障害児者に対してのアセスメント
- ・ 重心に関わる心理職の専門性と課題
- ・ 重心施設でのコミュニケーショングループ
- ・ 女性性の内的受容について
- ・ 障害児保育に携わる保育士への研修方法について
- ・ 職場での対人関係についてグループワークを通して。
- ・ 触法者が内省に至るまでのプロセス
- ・ 心理的療育と感覚統合
- ・ 新版 K 式と津守式発達検査の項目における差の検討
- ・ 人間の集中力と瞑想の関係
- ・ 成人の CP ・ 早期地域支援について。
- ・ 摂食拒否
- ・ 専門職の応用行動分析的知識について
- ・ 相談支援事業（サービス等利用計画）との連携
- ・ 地域支援
- ・ 低出生体重児フォローに関するもの
- ・ 発達障害児への心理的支援
- ・ 病院職員間で行う職場復帰支援
- ・ 父親の育児家事に対する母親の思い
- ・ 保育現場における保護者対応について。
- ・ 保育現場への行動コンサルテーションの効果
- ・ 保育者支援
- ・ 幼保育の巡回支援における記述統計（主訴や年齢傾向について）



表 9-6-5 5) 現在、研修したい課題、研修における課題

N=209

	N	%
評価方法・ツール	99	47.4%
見立て・理解の仕方	126	60.3%
アセスメントの方法	84	40.2%
日常生活への反映の仕方	108	51.7%
アセスメントの視点	117	56.0%
関わり方・支援方法	113	54.1%
コミュニケーションの方法	85	40.7%
療育内容	88	42.1%
問題行動	97	46.4%
ホスピタリズム	16	7.7%
性教育プログラム	72	34.4%
トラウマワーク	84	40.2%
ターミナルケア	26	12.4%
保護者との関係のつなぎ方	81	38.8%
保護者の精神疾患について	68	32.5%
グループセラピー	58	27.8%
職員間連携	69	33.0%
地域連携	47	22.5%
社会資源	51	24.4%
研修の場の確保	31	14.8%
人材育成の視点と方法	43	20.6%
その他	9	4.3%

表 9-7 7 日々の悩み

	1 とても そう感じる		2 時々 そう感じる		3 感じない	
①やりがいがあるが、時間が足りない	101	48.3%	79	37.8%	23	11.0%
②もっと人がいればできるのと思うことがある	102	48.8%	72	34.4%	28	13.4%
③人材がたりない	97	46.4%	69	33.0%	37	17.7%
④子どもたちの悲惨な生い立ちや家族背景に精神的に苦痛になる	20	9.6%	120	57.4%	64	30.6%
⑤メンタルヘルスを保つ時間が十分に確保できない	25	12.0%	101	48.3%	78	37.3%
⑥考えが合わないスタッフがいて苦痛を感じる	21	10.0%	91	43.5%	92	44.0%
⑦上司の理解が得られない	14	6.7%	75	35.9%	114	54.5%
⑧給料がみあっていない	33	15.8%	70	33.5%	100	47.8%
⑨心理職として理解されていない(他職種に)	30	14.4%	78	37.3%	90	43.1%
⑩心理職として理解されていない(他分野に勤める同職種に)	15	7.2%	51	24.4%	132	63.2%
⑪意図していることが、うまく伝わらない	19	9.1%	132	63.2%	52	24.9%
⑫生活棟(病棟)全体の温度差に、どのような役割をとるか迷う	58	27.8%	87	41.6%	56	26.8%
⑬大事な会議に呼ばれないなど、疎外感を感じる時がある	16	7.7%	62	29.7%	124	59.3%
⑭直接支援職員の心理面への関心に幅がある	50	23.9%	111	53.1%	40	19.1%
⑮直接支援職員の異動(退職)が多く、情報周知が難しい	37	17.7%	72	34.4%	91	43.5%
⑯心理面接の内容をどこまで開示してもよいか迷う	26	12.4%	93	44.5%	78	37.3%
⑰面接等の実質的な心理業務より、煩雑な事務仕事に追われている	49	23.4%	78	37.3%	71	34.0%
⑱研鑽・研修の時間が取れない	50	23.9%	89	42.6%	64	30.6%
⑲即座に役立つ適切な文献が見つけれられない	40	19.1%	96	45.9%	66	31.6%
⑳必要な時に手がかりや助言が得られない	40	19.1%	81	38.8%	81	38.8%
㉑スーパーバイザーがみつからない	51	24.4%	52	24.9%	98	46.9%
㉒勉強してきたことが活かせない	21	10.0%	65	31.1%	115	55.0%
㉓心理職としてのアイデンティティーを感じられない	22	10.5%	65	31.1%	110	52.6%

## 8. その他、感じていることなど（自由記述）

- ・この仕事をしていて、一番つらく感じるのは、検査結果の説明時に保護者につらい現実を伝えなければならない時です。困乱、悲しみ、焦りなどの気持ちが怒りとなって心理士にぶつけられることもあります。他職職から、この業務が理解されないために、「苦情が出るくらいなら、結果説明や助言はしなければいい」と言われることもあり、仕事をやめたくなることもあります。ただ、そういった保護者ばかりではなく、感謝されたり、子どもたちの症状が改善（発達）していく姿を見られることにやりがいを感じています。私は「心理検査員」としてではなく、「臨床発達心理士」として働きたいのです。今後、国家資格として公認心理師ができますが、この資格ができることによって、もう少し、心理士の立場が改善され、「心理士」として働ける場が増えることに期待しています。・給与も手取りで16万、後輩の心理士は日給7000円月8～11万程度であり、ダブルワークも禁止されているため、ワーキングプア状態です。心理士が国家資格となると、この辺も改善されるのでしょうか。
- ・外来業務に関する事は、近隣のクリニック etc. 情報共有や相談しやすくなってきましたが、入所業務については身近に（近場で容易に）情報共有、相談できるところがとても少ないです。
- ・医療に関する情報、知識の少なさを大きく感じます。・重症心身障害児者についての研修会を、臨床心理士会や臨床発達心理士会でも開催してもらえればと感じています。
- ・現在は、外来が殆どで病棟の仕事は限られている。もっと人員と時間があれば心理が病棟に果す役割は大きいのではないかと考える。
- ・障害児入所施設での心理職員配置が他職種からすると、認知が低い。その中で、子どもたちの生活場面と心理職の両立がとても難しい。
- ・心理職とて、配置されるにあたり、基準は何か？（資格、大学時代の受講科目）具体的に知りたいです。また、都道府県によっての基準の違いなど。
- ・障害児入所施設の心理職については稀で採用のない施設もある現状で、情報共有や研修をする場もなく、孤立した立場の様な感じがする。・障害児入所施設の心理担当職員向けの研修があれば参加して、必要な知識の習得や、他施設の取り組みを知りたい。・他の仕事との兼務の必要性は感じるが、心理業務との時間配分など、バランスをとるのが難しい。・施設内において、心理業務について、その必要性などの理解は得られている方だと感じる。
- ・心理の業務内容の理解をどのように理解してもらうのか、工夫が必要。
- ・心理職員としてよりも生活支援職員としての業務が1：9の比率で占めており、心理業務をあまり行えないのが現状。（人員不足のため）
- ・正規雇用の枠が少なすぎる。・せっかく、身につけたり学んできた事柄を、生かせる場が少ない
- ・生活棟へ勤務する割合が増えてくると、児童への関わり方が指導的になってしまい、心理職としての関与が困難になってしまう。・シフト制であり、定期的な面接時間の確保が難しい。・急なトラブルや病人等の対応で、計画していた予定に変更が生じることがある。・心理職が1人で勤務する為、ケースについて検討したり、客観性を保つことが難しく感じる。・現状、他に任っている業務にあてる時間が多く、業務の優先順位に悩むことや、心理士としてのアイデンティティを保つことが困難に思うことがある。・心理業務として確立させる為には、周囲の理解は必要。上司や同僚も現状を理解し、活用しようと意識を持ってもらえていることで保てていると感じる。
- ・他入所施設の心理担当者は、どのような形で業務を行っているか知りたい。そのような機会があるならば参加したい。・組織の一員として協力する必要があるが、本来の勤務時間内で心理担当業務を行えるようにしたい。心理以外の業務が大きな割合を占めているため。しかし、直接支援員も365日24時間の支援で穴がないよう組むことを考えれば、業種のストッパーの役割として、「週〇〇時間以上の直接支援はしない」等の明確なルールがあると良いのでは。・心理の研修・学会に出たり、研究を行ったりしたいと思っても、それすらも日々の業務（心理とは別の業務）に追われてできないことが多い。・福祉の事業所に必ずサービス管理責任者がいるのと同様、心理を専門に学んだ人々が必ず配置されるようになると良いのでは。・スーパーバイザーはいないが、職場内外に相談できる人がいることはありがたいと思っている。

・日々の直接支援業務におわれ心理担当職員として業務に集中できない。・トラウマワークなど本人のイメージ力が求められるアプローチは、イメージ力がとぼしい知的障がい児には適用しにくさを感じる。

・発達障害におけるアセスメントについて、グルーの子どもの見立て方法や、comobid している場合のアセスメントにいつも、整理や所見の書き方に悩むことが多いです。・認知特性に応じた学習支援の方法や、様々な学習ツールを共有できる場、学べる場があればと思います。・本人の障害理解、自己理解を促す支援方法、タイミングで悩むことがあります。・虐待を受けた子どものアセスメントの視点と支援方法を難しく感じます。ADHD傾向と見られるケースでも虐待の背景にあることがあり、周囲への支援の伝え方に難しく感じることもあります。

・スーパーバイズの先生がみつからず、自己流になっている現状が最も不安です。他職種の方に助けてもらってアンケートを記入して、10年以上臨床心理士として働いて来て考え方に変化が起きていることに気付かされました。疾患単位でものごとを考えていたころは過去のものになりました。今は分類を越えた全体のことを考えようとしている時期のようです。障害児たちはもちろん、親、同僚、その家族と、危機を抱える人と、その時期は、制度上では区切ることのむずかしい流動的な変化の中にいます。その都度、適度なサービスが行えるようになりたいです。中核になるのは障害児本人に対する心理的アプローチでしょうから、制度の中に位置づけられるようになると他のアプローチも生きてくるかもしれません。

・〇〇〇は虐待通告件数も全国1位の影響もあり、一時保護所は増えてもずっと満員状態、民間の施設に被虐待の子どもが続々と措置され、一時保護もあとを絶ちません。現在は発達障がいが目されるようになってから、少しでも知的に問題があると児童養護施設での養育は難しいので、障がい児入所施設に措置されていたり、学年が大きくなってきて、児童養護施設より措置変更されてくることも多くあります。しかし、情緒障害児短期治療施設や児童養護施設のように処遇の増員もなく、障がい児入所施設はその枠組みにも属していないため、いろんな意味で遅れをとっていると感じています。児童養護施設と一緒に研修会はさせていただいたり、私も資格上義務になっているためスーパーバイズは受けていますが、発達障がいにも詳しい心理臨床関連の心理士というスーパーバイザー自体も人数が全国的にはないので探すことに大変苦労しました。また、大学の学生への授業などでも、社会的養護の授業というのがシラバスになっていることは少ないと感じております。教えて頂けるような教員がおられないことも実際あるかもしれません。私も実際に学んだこととは大変誤差もあり、現場にでてから学んだことのほうが圧倒的に多かったです。私は、入職当初は〇〇〇内の障害児入所施設の中でも常勤の心理士がおらず、前例にないことを施設内で作り上げている途中です。障がい児（者）にセラピー？という反発的な考えははまだ全国的にも、〇〇でもあると聞いております。子どもは障がいの有無にかかわらず、健常と同じように一定の発達段階をゆっくりと歩んでいくものだと思います。障がいのある子どもはなお、ゆっくりかもしれませんが、そこには心の成長もあると思っています。私はそれに寄り添い、どのような境遇で辛い経験をして、修正や回復（レジリエンス）する力が本来の人間にはあると信じてセラピーを続けています。（ちなみに、私もレジリエンスを体験したものの一人です。それがあつたので、いまの仕事もしています。このような方は多いので、別の視点での研究になるかもしれません。）尊敬しています、村瀬嘉代子先生のお言葉をお借りするとすれば、「子どもはこれまで生きながらえてきた事そのものに尊く思い…日常の会話をひろい傾聴してあげることがより施設内でのサイコセラピーと言えるのではないか」と言われています。まさにそう私も思っています。私が行っていることは、すごくすごく小さいことなのかもしれませんが、子どもが今までがんばって過ごしてきたことを尊く感じて、ただそれまでのことを「がんばったね」と言ってあげたい気持ちで傾聴しています。子どもは『いま』を生きていて、大人のように見通しも十分になく、いまを生きることも大変な中に居る、いたという子どもはたくさんいます。日頃の悩みごとを聞きながら、その子の考えや姿そのものに目を向けて、回復のお手伝いをする事自体が成長に繋がり、よりセラピーと言えると考えています。実際の子どものニーズもそのように感じています。このような考えに少しでも賛同してくれる仲間や心理士が増えて欲しいな（〇〇〇内はいまも人手不足です…）と本当に願っています。

・外来の需要も増え、入所者様と関わる時間が減ってしまっている。着がえ、食事介助といった生活の支援だけでなく、心理の職員として専門的にできることは何か悩む。入所者様からも「話がしたい」と言われる

ことが多いが、他職種のスタッフに“ただ話してるだけ…”と思われていないか不安になる。また、自身の担当外来以外の時間、入所者様の食事やお風呂といった決まったスケジュール以外で個別の関わりの時間を作ろうとすると、なかなか予定が合わず、十分に時間が確保できない現状がある。

外来地域支援の業務が煩雑すぎて、やりこなすのみという感じになっている。臨床の質が落ちているのではという不安がある。自分の休息、研鑽の時間が足りていないと思う。

- ・給料が安すぎて、専門性を維持できない。

- ・協働しているPT、OT、STに比べて、どうしても“忘れられる”立ち位置にあるように感じます。その中でいかにアピールするかが課題だと思い、会議や回診で積極的に発言をするようにしています。先日、ライフストーリーワークを、入所している（措置）子どもにすると会議で言った所、「わざわざパンドラの箱をあけなくても…」といったネガティブな発言が多く挙がりました。やっていることを少しずつ理解してもらえるような努力は続けなければならないと思い、めげずに続けています。今では、「ライフストーリーワークでどんな話出た？」等、聞いて頂けるようになりつつあります。アイデンティティが持ち辛い職種ですが、自分たちの専門性、柔軟性を信じ、自信を持って、仕事をしていきたいと思っています。

- ・近年学園に入所する利用者の中で、精神科に通院する方の数が増加してきており、強度行動障害の方もそれに伴って増えてきたと感じています。一旦そのような利用者の方が不穏な状態になるとその方の支援に職員が1対1で対応しなければならない状況になってしまいます。しかし職員の誰かがその対応についてしまうと、他の業務がまわらなくなってしまうのが現状です。それに加えて、その支援にスキル不足な職員が対応することによって状況が一層悪化する場合もあり対応に苦慮している日々です。職員自身もスキルアップの時間をつくりたいと思っていても現実には日頃の業務をこなすのに精一杯で、職員の中には意欲も向上心も薄れてしまい、疲弊している職員もいます。もしもそのような場に臨床心理士など専門的な立場できちんと対応できるスタッフが配置できれば、生活支援をする職員に代わって利用者の方の精神的フォローに適切に対処でき、限られたスタッフの数でも業務が円滑にこなせるようになるかもしれません。また利用者の方も適切な対応を受ける事によって、不穏になるのを事前に防止でき精神的負担を軽減してあげることも可能になるかもしれないと感じることもあります。しかし当学園のような現場は障がいに加え、被虐待児やその他いろいろな問題を抱えた利用者も多く臨床心理士の資格をもっているからといって誰でも対応できるところではないことも実感しています。

- ・検査以外の必要は心理的支援があると考えられても、どうしても保険点数の高い、検査業務の割合が多くなってしまおうと考えられる。障害児入所施設で遊戯療法や個別カウンセリングを実施することができやすいように制度面でも変化があればよいと感じている。

- ・現在は外来業務が中心で入所児との関わりはほとんどない。外来業務が忙しいというのもあるが、入所児に関する心理職へのニーズがどのくらいあるのか把握できていない。他職種からも施設心理としての役割はあまり意識されていないように感じる。

- ・現場に入ってから初めて知ることや学ぶべきことが多く、実践を重ねながら研さんを積むことが大切と思う。同じような現場で臨床する方々と課題を共有したり学びあったりする機会の重要性をつよく感じる。現職場では児童指導員として勤務しているため基本的に心理としての仕事はしていない。ケース理解やSSTで心理の仕事を求められている程度である。

- ・子ども達のセラピーをしていて感じるのは、職員さん達の大変さです。真面目に一生懸命頑張っているのが伝わってきます。その職員さん自身を労って欲しいと強く思います。子ども達は職員さんの頑張りをしっかり見て感じています。そしてその頑張りが子ども達と噛み合わないことがあることも分かっているようです。職員さん達が大切にされることで子どもへの見方も変わる気がします。子どもさんの中には「職員の方がセラピーが必要だ！」と言う声があります。この職員セラピーが制度化されたら、と私も思います。

- ・支援員として入社しましたが、卒としては心理担当者に名前があるようです。しかし、実質的には、支援員として働いています。大学院まで心理を学んできたので、そのような卒に入っているのだと思いますが、心理的なケアを求められている訳ではないので戸惑う気持ちもあります。ただ、自分の気持ちや思い次第で、支援員でも心理的な面でスタッフに訴えていくことやできることがあるなど、感じています。

・施設全体を見渡して、いろいろ見えてくるものはありますが、臨床心理士は1人しかおらず、配分をどうしていったらいいのか悩むところです。また、いろいろなことをしていますが、広く浅くになっているのも気になります。前任者がいないので、正直、やりづらいことは多いです。

・肢体不自由、重症心身障害という障害のことは何も知らないまま入職し、戸惑うこともたくさんありましたが、ここまでやって来ました。周りの心理職についている心理士仲間たちとは共有できない職場の独特な雰囲気（身体介護、プライバシーの問題など）もあって、分かってもらうまでで一苦勞…ということも多くありました。しかし、入職してから今までずっと変わらないことは、“気持ちを分かかってほしい”という希望・ニーズは対象の方々がどんな人であっても一緒だということを感じることです。だから、身体の障害のことは分からなかったけれど、その人の気持ちを理解できるように努めることをやってきました。形式の決まったワークや療法を実施するのは難しいし、標準化されたテストはあてはまらないことも多いです。このアンケートにも書けなかったこと、反映できなかったことも多いですが、気持ちの部分はお伝えしたいと思い、記述させていただきました。もっと、利用者様本人を主体とした話し合いや、様々な言動に対して理解してもらえる機会、人として対等に人同士の気さくなやりとりができるようになることを願って頑張りたいと思っています。

・重症心身障害の方に対する心理療法、心理的支援も行いたいのですが、心理職の人数も少なく、法人への利益のことを考慮すると、外来中心になってしまうのが現状です。入所の方から、「心理面を見てほしい」「行動上の問題があるのでアドバイスがほしい」というニーズはあるが、診察報酬等実質的な施設の収入につなげにくく、外来の空き時間にしか行っていないことが多いです。以前は、コラージュや心理評価（新阪K式、SCT、スクリフル等）も、（重症心身障害の入所の方に）ぼちぼち行っていましたが、私自身の待遇の安定と業務内容の安定のために、次第にその機会も減っていった状況です。ABAを用いた行動上の問題の改善、芸術療法を用いて心理療法や心理評価、動作法といったセラピーも心理職ではできることも多いと思いますが、やはり、福祉に関わる心理の立場は決してどの施設も優遇されているものだとは言えないと思います。医療においても特に小児は心理職は心理検査も含めてかかる時間にみあった診療報酬も得られず、厳しい面も多いのではと思います。

・重症心身障害施設としての収益に、赤字部門である心理、発達障害外来が支えられている実情の中、理事会からは、特にここ近年、収益に直結する業務のみを要求されることが増え、療育支援や地域連携からは遠ざかる←（正直ひどい言われ様です）一方である。元々直接支援を中心にスキルアップしてきたため、現在殆ど判定業務のみとなってしまうのは不本意で、転職も視野にしているが、近隣の他機関等の状況をきくと、どこも発達障害の心理臨床は、ニーズはあっても収益の面で同様の状況があるようで悩むところである。同職場の心理であっても、評価スキル中心の方が大半なため、過去に支援の業務を担当していたときも、異動や業務分担が行いにくいという課題があった。そういう意味では人材が少なく、実務上の負担が大きいなか、育成にさける時間も限られている。施設の中だけで職責を果たすのではなく、（民間だが）地域の臨床の中の心理としての役割として考えていく必要もあるのかな、と最近考えている。（同職のスキル育成というより、地域の発達障害支援のサポート・育成という視点で動いていく方が有効なのかな…と）

・重症心身障害施設と情緒障害短期施設を兼任しているため幅が広い。視点の違いはあるが1人1人の方がよりよく生活できるように支援することの重要性を感じる。重身施設では外来業務も担当しているが1人（心理職）のためなかなか相談・助言がもらえないことがある。

・重度知的障害及び自閉症のクライアントさんへの心理セッションをしています。先行研究も少なく、同僚（先輩）と話し合いながら手さぐりで行っています。言語的アプローチが難しいので、手がかりとなる理論も限定されており、それでは説明がつかない場合など、どのような方針で見立てをするべきかいつも迷います。スーパーバイズの先生も複数お願いしていますが、施設（公的施設）の特性上事例をありのままに出すことが外部の先生の場合難しく、そのことも迷う原因の1つとなっています。また、修士論文執筆に対しても、職場（管理）の理解がうすく、データを使わせていただくことも断わられてしまい、折角研鑽を積むつもりで勉強をしていますが、やる気が減退してしまいます。セッションそのものは充実して手ごたえも感じられ、利用者の方とのコミュニケーションがより円滑になったときにやりがいも感じています。その他、非

常勤1年契約で不安定な雇用と収入も課題として大きいです。

- ・障害のある子に関わりたいと思っているが、外来の発達障や引き込み、不登校、検査に日々時間をとられてしまう。また身体に障害がある場合にはそちらが優先され、心の面が後回しになる。また施設としての収入的にリハ職に流れていく傾向があり、心理は人数は増えても収入的なアップが見込めず、そのため増員などの話が出てきづらい。

障害を持って家族から離れて集団生活をする子ども達にとって施設は、病院であり、学校であり、家庭であると思います。その中で目には見えないけれど人間として最も大切な「心」というものに「いかに寄り添っていくか」をテーマに心理担当職に取り組んで来ました。その「心」の安心やまわりに対する信頼があつてこそ「発達支援」であり、認知・社会性・コミュニケーション能力のよりよい発達があると思っています。そのために重要な視点として施設全体が「個」としての尊重の共通理解であり、各専門領域間の相互理解と連携です。更には、心理担当職間の信頼であり、共通の目標を目ざして努力し合う事だと思っています。最後に申し述べたい事は、どの領域でもそうですが、最も肝要なのは「資格・ライセンス」ではなく「人格・人柄・人間性」であるということです。

心理士はどう役立つのか、他職種への説明が不足していると感じている

- ・心理職が入ってあまり年数がたっていないせいもあり、心理職の立場（役割）が組織の中に位置づけられていないように感じる 때가たまにある。

- ・心理職のための研修会が定期的にあると、大変ありがたいです。ケース検討会なども開催していただけると、今後の支援に生かせると思います。複数職場なので比較的恵まれていると思いますが、障害児臨床を主に勉強してきた方が多いので、いわゆる心理療法的なかわりが難しく、もうすこし学びの場があるとよいと思いました。

- ・心理担当職員として業務を任されていますが、前任者からの引継ぎは不十分で、何をしたらよいかかわからず、手探りで業務を行なっている状況です。周りに相談する人もおらず、自分のやっている業務が正しいのかどうか不安になります。身近に心理加算業務に詳しい人がいると助かると思います。

- ・心理面接などを行い記録を上司に提出するが、上司は心理担当ではなく、保育士や指導員で心理について知らない方なため、記録の内容を他のスタッフであっても口外しないかと不安である。もし口外し、内容を語った利用者本人がそのことを知ってしまうともう何も話してくれないのではないかと考えてしまう。

- ・正規の職員として採用されているが、今年度は全く対象者の異なる施設（病院含む）を4つ兼務しているため、それぞれの業務に必要な研修をうけたり勉強をしたりする余裕がない。また、兼務していると、シフトが決まっていたり心理業務の依頼を積極的にしてくる施設が優先され、そうでない施設は後回しにしていまいがちで施設職員と連絡する機会さえ少なくなってしまう。そうになるとその施設から依頼や相談を受けやすい関係づくりもしづらくなり、さらに依頼が減るという循環に陥っている。心理へのニーズが少ないから依頼が少ないともいえるだろうが、本当にこれでよいのかと疑問に思っている。

- ・生活支援員としての業務にニーズがあり（人手不足です）、資格やスキルが全く生かせない現状に苦しんでいます。総合職異動のため、仕事の希望が出せません。こういった調査が世の中で行われているということを知れただけでも励みになりました。たくさんある施設ではないので、モデルにできる団体や、横のつながりがなく、情報交換が難しいです。調査結果の公開を心待ちにしています。

- ・生活棟との温度差や、立ち位置をさがすことは入職当時はとても感じました。長い時間をかけて改善してきていると思います。職種というより人の壁をどうくずしていくかが大切だったのかなと感じます。心理は収入に見合わないの、事ム、経営的なくるししさはあります。人件費分働くというのはきついですね。ただ発達障害のお子さんへの支援などニーズは高まる一方で、業務内容としてはパンクしそうです。国家資格になれば生活棟の方への支援ももう少しやりやすくなるといいなと思っています。

他職種での協働が求められる中で、「心理職として何ができるか」が第一になって考えてしまいがちになることがあります。心理職の役割を明確にしていくことも必要なことだとは理解していますが、本来まず考えるべきは「その利用者に必要なことは何か」ということだと思います。自分のなすべきことを見失わないよう、本質を忘れずにいたいと感じています。

大学を卒業して半年後に、児童指導員として入職しました。当時は、肢体不自由児入所施設で数名の措置延長児さんがおられました。ベテランの前任者と重なる時期が数カ月ほどありましたが、大学時代に臨床的な学びの機会を持たなかったため、初めはわからないことだらけで、職場内外の様々な方に教えていただく日々が続きました。外来患者さんも少なく、心理業務は専ら入所児の知能検査でした。他職種の中で戸惑うことも多く、児童指導員は私一人でしたので、指導員としての立場も持たなければならない中で、本当はもっと心理職として支援したいという葛藤がありました。その後、重症心身障害児入所施設や在宅サービスを開設し、児童指導員も増え、職名も心理判定員へ変更しました。外来診療には発達障害の相談も出始め、心理職は入所の方よりも外来・地域への支援にウェイトが移りました。そんな中、職名は心理になったものの、実際の心理業務は依然として、入所や外来の利用者の方の発達検査や知能検査でした。最重度の方やコミュニケーションをとることが難しい方の検査をどう行うか、新たな課題も持ちました。その一方で、地域生活支援事業のコーディネーターとしての業務も担うことになりました。コーディネーター事業から相談支援事業へと時代が変わる中、私は相談業務から外れ、心理職として外来や地域の子どもさんや保護者さん、関係機関の方と関わる機会が増えました。そして、ただ検査をとって医師へ報告する業務から、心理士として見立てをし、支援することへ業務へと広げ、心理の研修の場を求めていくようになりました。こうして心理職の視点で、障害児入所支援を見直すと心理担当職員のニーズが見えてくるようになりました（療養介護事業所に対しても同様）。

- ・長年、入所支援から離れていたため、職場内の他職種に心理職の役割をわかってもらうことができていません。まずは何よりも入所児者本人の心の育ちや基盤づくりを支え、家族・母親への支援を行うといった基本的な心理職の役割を地道に行っていきたいと思っています。

- ・当院では、重症心身障害病棟の保育士に心理担当が1名配属しており、専門的な関わりは行っていない現状です。保育士として、患者様やご家族の方と日頃接していく中で、心理的な関わりは行っています。個々のニーズやご家族の思いに寄り添い、それらをどう形にしていけるかがより良い支援になると思います。研修や勉強会があるのなら、ぜひ参加し、学んだことを活かして、よりよい生活が送れるように取り組んでいきたい。

- ・当院は治療構造、環境としては恵まれている方だとは思いますが、それでも心理療法における技法、手法の多様性により、「困った時に聞ける人」がいないことが一番困っていることである。心理という仕事の性質上、仕方がないことなのかも知れない。医師は忙しく、なかなかケースについて話し合えない、同僚は経験値が様々（身分が県職員であり、異動によって心理療法を継続的にしている職員が少ない）で議論、相談することが難しいという現状の中、個人個人で外部で研修を受ける、事例検討会に参加する、コンサルテーションを受ける等の努力を行っている。情報開示の流れの中、心理査定所見を保護者に渡すのが当たり前になってきている。平易な表現で具体的に、できるだけ今後の支援に繋がる知見を…と「望ましい所見」を日々模索する中、作成にかかる時間が相当伸びてきていることも確かである。業務量を減らすためにもどのような所見がよいのかさらなる検討が必要である。

- ・入所施設であるが、外来の診察を行っており入所児に直接関わることはほぼない。また、心理的対応を行うことを標榜しているが、実態には無視格職員を業務にあてており、公立の専門機関として問題性が非常に高い。（職名は判定員であり厳密には心理担当ではない）また公務員行政職の扱いであり、検査業務以外の業務（他機関との調整等）も多い。

- ・入所児について、年々、家族や家庭環境が複雑であったり、被虐待児であるなど、子ども達を取り巻く問題が深刻化している。私は心理担当であるが、生活支援業務も兼務しており、日々の日常生活援助等に追われがちであり、しっかりと心理担当として役割を担えているのか疑問・不安に感じることもある。日々、子ども達と関わる中で、子どものこころに焦点を当て、言葉以外の顔の表情や様子などから少しの変化を感じ取れるよう意識して接することを心がけている。心理担当として、子どもや家族のこころに寄り添いサポートできる存在になれるよう、努めていきたいと思っている。全国様々な職場環境のもとで、心理担当職員が働いていると思います。これからも研修などに参加して、多くの知識や学びながら日々、子ども達に働きかけていきたいと思っています。

- ・入所児の訓練のニーズがあり、自身としても実施したい気持ちはありますが、診療点数がつかないことや点数が低くて採算が取れないために実施できないというジレンマがあります。
- ・発達支援事業所と知的障害児の入所施設の心理業務を兼務している。同じ敷地に建物はああるが、発達支援事業所側に籍があり、入所棟の児童の細かい変化の情報が入りにくい。事前に決定している予定（面接、療育参加、会議）と事務整理の間に行動観察に行き、児童全体の様子を見ている。繁忙期は、時間をつくるのが難しい。
- ・比較的自由に仕事をさせてもらっている方だとは思いますが、医療の中で医療の資格もこれからだったり、医療的なバックグラウンドが少なく入職していることに対して、努力していてもそれが足りないのではないかと感じたりすることもあります。又、心理職同士の専門分野の違いなどで、見立てが違ってしまい、現場の他職種との関係がこれまでうまくいかないなどのことも、数年間までありました。



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（研究代表者 北住映二）  
分担研究報告書

**障害児入所施設（福祉型および医療型）におけるソーシャルワーク担当職員についての調査**

研究分担者 小山友里江  
米山 明

ソーシャルワーク担当職員（Social Work 職務担当、以下、SW 担当職と略す）の配置状況とその業務内容や課題を明らかにするために、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設における SW 担当職を対象として、アンケート法による調査を実施した。調査対象施設は、福祉型障害児入所施設として、1 知的障害児入所施設、2 視覚障害児入所施設、3 聴覚障害児入所施設、4 肢体不自由児入所施設、5 自閉症児入所施設を、医療型障害児入所施設として、6 主に肢体不自由児を入所させる施設、7 主に自閉症児を入所させる施設、8 主に重症心身障害児を入所させる施設を設定した。対象となった施設に、それぞれ施設票と SW 担当職用の個人票を送付した。

**【結果および考察】**

**1. 施設票調査**

配布数は 436 施設で、返送数は 129 票、有効回答率は 29.6%であった。

施設の種別ごとの回答割合を表 1 に示す。

（尚、表 2 以下は、結果および考察の末尾に掲載した。）

表 1 施設の種別

	N	%
1 福・知的	44	34.1%
2 福・視覚	2	1.6%
3 福・聴覚	3	2.3%
4 福・肢体	3	2.3%
5 福・自閉	1	0.8%
6 医・肢体	30	23.3%
7 医・自閉	1	0.8%
8 医・重心	45	34.9%

129 施設のうち、SW 担当職の職種として回答者の一番多いのは、児童発達支援管理責任者 54/129(41.9%)、児童指導員：31/129(24%)、社会福祉員：22/129(17.1%)、保育士：16/129(12.4%)、医療社会福祉員：10/129(7.8%)などであった。（表 2-1）回答数の多い事業の種類別（表 2-2）でみると、

福・知的(44 施設)：児童発達支援管理責任者 30/44(68.2%)、児童指導員 12/44(27.3%)、保育士 8/44(18.2%)、生活支援員 5/44(11.4%)

医・肢体(30 施設)：児童指導員 12/30(40%)、社会福祉員 8/30(26.7%)、看護師 5/30(16.7%)、児童発達支援管理責任者 4/30(13.3%)、医療社会福祉員 4/30(13.3%)、保育士 4/30(13.3%)、

医・重心(45 施設)：児童発達支援管理責任者 14/45(31.1%)、社会福祉員 14/45(31.1%)、医療社会福祉員 6/45(13.3%)、保育士 5/45(11.1%)

SW 担当職の所属部署は、129 施設のうち、病棟・生活棟に所属していると回答したのは、56 施設(43.4%)（福祉型：33/53、62.2%、医療型：22/76、28.9%）で、多くの福祉型施設で、病棟・生活棟に所属しながら、SW 担当業務を行っていることがわかった。（表 3、4）

SW 担当職の人数（平均）は、常勤 SW 業務専任:2.0 人(0-28)、常勤他の業務との兼任：2.4 人(0-34)、非常勤：0.5 人(0-8)となっており、事業所の規模等で雇用は大きな差があった。（表 7-1,2）

常勤職のうち、兼任している業務の内容は表 8 の通りであるが、多岐にわたる業務を兼任していた。

（例 1：管理者・児童発達支援管理責任者が、児童発達支援管理責任者、相談支援専門員、児童指導員業務を兼任。例 2：園長が、生活介護、余暇活動、保育、外出援助、グループ活動、就学援助、行動援護など直接支援に携わっている など）

## 2. 個人票調査

ソーシャルワーク担当職員アンケート 個人票については、436 施設に 5 通ずつ送付し、担当している職員のうち調査に同意の得られた 259 名から回答を得た。

259 名が所属している事業の種類は表 10 の通りであった。

### <面接業務>

SW 担当職の利用者面接の対象・形態・頻度は、本人面接：平均 28 人（0-24 人）、保護者面接：平均 57.9 人（0-1632 人）、その他面接：平均 92.1 人（0-2267 人）。（表 11-1）

面接形態では、本人個人、家族面接（本人同席あり、同席なし）と必要に応じて配慮された面接をしていると推測できる。（表 12-1）

利用者面接の頻度は、定期的：71/259(27.4%)、不定期：58/259(22.4%)、ニーズに応じて：157/259(60.6%) それぞれ施設毎、個人毎に異なっていた。（表 13-1,2）

### <会議>

SW 担当職がかかわっている会議の形態・頻度は、ケース会議、生活棟連絡会、臨時会議等、（年平均 8.2 回(0-100)、延べ件数は 980 回）で、頻回に会議出席がなされていた。（表 14-1～9）

### <連絡・調整、個別支援計画作成>

行政（公的機関）などへの連絡や調整（児童相談所・成年後見人制度など）の件数（259 施設）は、（平均 14.8 件(0-419) 延べ件数は 2398）「個別支援計画書」作成などの補助の件数（平均 2.1 件(0-50) 延べ件数は 320）は膨大である。表 17-1 で、示すとおり、相談支援専門員が作成を行う「個別支援計画書」作成の補助を SW 担当職が 132/217（51.0%）で行っている実態があった。（表 15、16）

### <地域支援・連携>

地域支援（地域関係機関などとの会議の開催・参加など）は、頻回である。すなわち、年間の平均頻度（平均 8.0 件(0-100) 延べ件数は 1329.8）、地域自立支援協議会（平均 3.0 件(0-136 延べ件数は 1416）要保護児童地域連絡協議会（要対協）（平均 81.1 件(0-32) 延べ件数は 198）であった。（表 17）

各地域で支援の連携や体制についての協議の場合「地域自立支援協議会」が設置されている協議会への参加は 8 件/年と多い。しかし、平成 16 年の児童福祉法の改正により、虐待を受けた児童などに対する市町村の体制強化を固めるため、関係機関が連携を図り児童虐待等への対応を行う虐待関連の協議の場合で

表 10 事業の種類別回答割合

N=259

	N	%
1 福・知的	95	36.7%
2 福・視覚	1	0.4%
3 福・聴覚	5	1.9%
4 福・肢体	4	1.5%
5 福・自閉	4	1.5%
6 医・肢体	46	17.8%
7 医・自閉	3	1.2%
8 医・重心	101	39.0%

ある、要保護児童地域連絡協議会（子どもを守る地域ネットワーク：要対協）への参加は、平均3件と多くはない。

別章で述べられているように、医療型・福祉型障害児入所施設の入所中の31.5%のこどもが、被虐待児（または、その疑い）であることを踏まえると、施設が、さらに積極的に協議会開催と参加することで、地域での関係機関が連携して、虐待対策・予防が進むと考えられる。

#### <家庭への退所に関する保護者等への支援（家族再統合への支援）>

家族再統合への支援は、保護者等に対する相談援助が、施設内や、家庭への訪問によってさらに、退所後の相談支援（アフターケア）66/259(25.5%)がされ、かつ継続的に相談支援 57/259(22.0%)となされている。（表 18-1, 2）

表 18-3 に実際に行った支援の内容が示されている。（1）入所児童の家庭復帰のための保護者等に対する相談援助平均 5.6 件（0-61）延べ件数は 870）（2）退所後の児童等に対する相談援助：平均 3.6 件（0-88）延べ件数 407）、3）里親への委託後における相談援助：平均 0.2 件（0-4 延べ件数 13）などとなっており、障害福祉サービス利用調整や学校、医療、福祉、成年後見人、就労相談など、多種多様である。

#### <実習対応>

社会福祉士専攻の学生等を対象とした臨床実習や見学実習の受け入れは、SW 担当職が直接担当する割合は 45/259(17.4%)であった。また、他職種を対象とした臨床実習や見学実習は、SW 担当職が直接担当する割合は 66/259(25.5%)であった。（表 19-1, 2）

#### <外来業務>

医療型障害児入所施設において、SW 担当職が、病棟、生活棟業務（入所）以外に外来業務の担当の有無については、62/150(41.3%)で有りとの回答で、入所利用者のみならず外来診療、療育における、SW 担当職の業務を兼任していることがわかった。（表 20-1, 2）

#### <SW 担当職業務以外の業務、生活支援業務>

SW 担当職業務以外の業務があると回答した施設は 193/259(745%)に及んでいる。業務内容は、サービス管理責任者、施設運営管理、直接支援（生活介助。支援）、各種手続き・請求業務、送迎、見学者案内など 多種多様であった。（表 21-1）

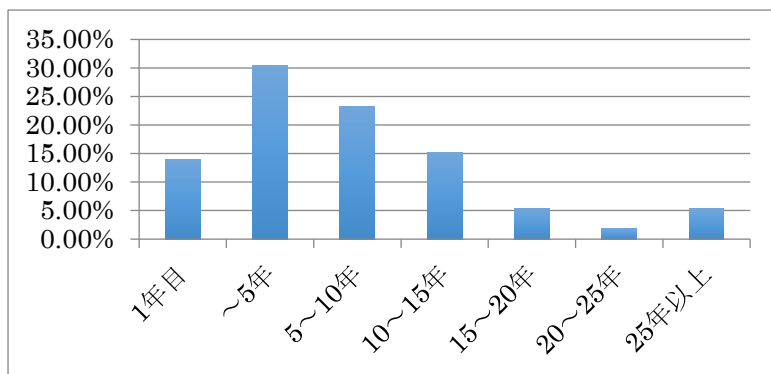
生活棟での、生活支援職員と同様の介助業務の要請の有無の調査では、「なし」102/259(39.4%)のみで、「有り」の内、食事 119/259(45.9%)・排泄 105/259(40.5%)・更衣 104/259(40.2%)・入浴 100/259(38.6%)、外出同伴 105/259(40.5%)ほかで、直接支援の要請が6割と高率であった。また、要請がなくても、過半数の施設では、職員が自主的に支援を行っている 140/259(54.0%)ことが明らかとなった。（表 21-2, 3）

#### <書類業務、勤務時間>

ケース会議資料作成（70.3%）などの書類業務に時間を割くことが多かった（業務の平均 46.5%）。さらに、業務量は多く、時間内に業務が終了するは（65/259 25.1%）に過ぎず、超過勤務は月あたり、20.3 時間（SD14.9）（0-120 時間）と多く、業務過多となっている実態があった。（表 22-1~7）

#### <経験、資格、職場の状況など>

SW 担当職としての実務経験年数は、経験 1~5 年：79/259(30.5%)、5~10 年：60/259(23.2%) などグラフのとおりである。（表 23-1,2）



取得している資格（複数選択可）としては、社会福祉士 98 (37.8%) で最も多く、保育士 61 (23.6%)、精神保健福祉士 25 (9.7%)、教員免許（幼稚園教諭：34 (13.1%)・小学校 19 (7.3%)・中学・高校 34 (13.1%)・養護学校教諭 20 (7.7%) などであった。（表 24-1）

職場における状況、入職の経緯、入職異動の条件、就業形態、学会・研修会の参加、臨床・学術研究について、教育歴（最終学歴、「障害児」に関する知識や臨床実習等の直接体験の有無）、職場環境について（入職・異動の際の前任者の有無、職場の精神衛生管理、SW 担当職の部屋・物品など整備状況など）について回答を得た。（表 25、表 26、表 27、表 28）

#### <研修希望内容>

今後 SW 担当職として研修したい課題・内容として、家族との関係や関わり方：105/592 (40.5%)、本人への家族への関わり方・支援方法：101/592 (39%)、コミュニケーションの方法 80/592 (30.9%)、アセスメントの視点：70/592 (27%) の他、評価方法やそのツールなどであった。（表 29）

#### <悩み、課題>

SW 担当職としての、日々の悩みを調査し表にしたが、

①人材不足 131/259 (50.6%)、②やりがいがあるが、時間が足りない 107/259 (41.3%)

③実質的な面接業務より、煩雑な事務仕事に追われている 87/259 (33.6%)

などの悩みが意見として記されていた。

最後に、SW 担当職の【自由記述】を掲載した。

## まとめ

障害児入所施設における SW 担当職員の配置状況とその業務内容や課題を明らかにするために、SW 担当職員を対象として、アンケートを行った。施設票 129 施設から回答を得た。SW 担当職員用の個人票は、259 名から回答を得た。多くの SW 担当職員は、多岐にわたる業務を兼任しており、本務に専念できない状況が少なからずあった。病棟、生活棟では、生活支援者と同様の子どもたちへ直接介助や支援業務などを行っており、時間や人材の不足を感じていた。また、自己研鑽のための時間と研修費用に対する支援が少ない状況がうかがわれた。

今回の調査結果は、他の章で報告されているように、被虐待児の実数、割合が増加、地域連携の重要さ増す中で、SW 担当職員の業務の増加負担を考慮すると、児童養護施設の基準である、家庭専門相談員や里親専門相談員などを心理療法担当職員とともに、人員配置基準等を見直しが必要であろう。

今回の調査結果が、今後の対応策を検討する際の資料となれば幸いである。

# 【集計結果】

## ＜施設票の集計結果＞

表 2\_1 ソーシャルワークを担当する職種（129 施設全体）

				N=129	
	N	%		N	%
施設長・管理者	9	7.0%	SW	22	17.1%
児童発達支援管理責任者	54	41.9%	医療SW	10	7.8%
保育士	16	12.4%	職業指導員	0	0.0%
児童指導員	31	24.0%	医師(嘱託医を除く)	0	0.0%
理学療法士	0	0.0%	医師(嘱託医)	1	0.8%
作業療法士	0	0.0%	看護師	7	5.4%
言語聴覚士	0	0.0%	栄養士	0	0.0%
心理指導担当職員	4	3.1%	生活支援員	10	7.8%
PSW	2	1.6%	事務員	0	0.0%

表 2\_2 ソーシャルワークを担当する職種（事業の種類別）

	1 福・知的		2 福・視覚		3 福・聴覚		4 福・肢体	
	n=44		n=2		n=3		n=3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
施設長・管理者	7	15.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
児童発達支援管理責任者	30	68.2%	1	50.0%	2	66.7%	2	66.7%
保育士	8	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
児童指導員	12	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
理学療法士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
作業療法士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語聴覚士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
心理指導担当職員	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
PSW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療 SW	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
職業指導員	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医師(嘱託医を除く)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医師(嘱託医)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
看護師	1	2.3%	0	0.0%	1	33.3%	1	33.3%
栄養士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
生活支援員	5	11.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
事務員	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

	5 福・自閉		6 医・肢体		7 医・自閉		8 医・重心	
	n=1		n=30		n=1		n=45	
	n	%	n	%	n	%	n	%
施設長・管理者	1	100.0%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
児童発達支援管理責任者	1	100.0%	4	13.3%	0	0.0%	14	31.1%
保育士	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%	5	11.1%
児童指導員	1	100.0%	12	40.0%	0	0.0%	6	13.3%
理学療法士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
作業療法士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語聴覚士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
心理指導担当職員	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%	1	2.2%
PSW	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	2.2%

SW	0	0.0%	8	26.7%	0	0.0%	14	31.1%
医療 SW	0	0.0%	4	13.3%	0	0.0%	6	13.3%
職業指導員	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医師(嘱託医を除く)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医師(嘱託医)	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
看護師	0	0.0%	5	16.7%	0	0.0%	0	0.0%
栄養士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
生活支援員	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	4	8.9%
事務員	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表 3 ソーシャルワーク担当職員の所属している部署

医療社会事業課	事務部	地域支援室
医療相談室	事務部相談支援課	地域相談室
医療部看護療育担当	事務部地域医療連携室	地域療育課
医療連携室	わかば児童課	地域療育室
育成課	児童育成課	地域療育部
育成部	児童支援係または自立支援係	地域療育連携室
看護・療育部	児童棟	地域連携室
看護部	自立育成課、生活指導課	地域連携室地域支援班（育成班兼務）
看護療育部地域療育課相談支援班	診療部診療課	入所
企画課	生活課	発達支援課
業務係	生活指導グループ	病棟、総合相談室
指導課	生活支援課	福祉型障害児入所施設
指導係	生活支援部	福祉相談科
指導部	生活支援部相談課	福祉部
こども支援課	生活棟	療育・発達支援課
支援課	相談・訓練課	療育サービス課
支援係	相談課	療育指導室
支援指導課	相談支援センター	療育支援課
支援担当課	相談支援科	療育部
支援部	相談支援課	
支援部・児童課	相談支援事業所（療育部）	
支援部門	相談室	
事務管理部	第一療育課育成係	
事務室	地域医療連携部	

129 施設のうち、病棟・生活棟に所属していると回答したのは、56 施設(43.4%)であり、事業の種類別の内訳は表 4 の通りであった。

表 4 病棟・生活棟の所属割合（事業の種類別）

	1 福・知的		2 福・視覚		3 福・聴覚		4 福・肢体	
	n=44		n=2		n=3		n=3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
所属している	27	61.4%	1	50.0%	2	66.7%	2	66.7%
所属していない	7	15.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

	5 福・自閉		6 医・肢体		7 医・自閉		8 医・重心	
	n=1		n=30		n=1		n=45	
	n	%	n	%	n	%	n	%
所属している	1	100.0%	11	36.7%	0	0.0%	11	24.4%
所属していない	0	0.0%	14	46.7%	1	100.0%	24	53.3%

表 5\_1 平成 28 年 6 月 1 日現在の入所児数（男女別）

N=129				
	平均値	SD	最少人数	最大人数
男	20.2	13.8	0	220
女	12.3	9.0	0	183
計	32.1	22.1	1	403

表 5\_2 平成 28 年 6 月 1 日現在の入所児数（事業の種類別）

	1 福・知的				2 福・視覚				3 福・聴覚				4 福・肢体			
	n=44				n=2				n=3				n=3			
	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値
男	22.1	9.6	1	53	6.5	2.5	4	9	12.0	7.3	1	20	12.0	7.3	1	20
女	10.0	4.1	0	20	6.5	3.5	3	10	8.3	4.2	2	13	8.3	4.2	2	13
計	31.5	13.7	1	71	13.0	6.0	7	19	20.3	11.6	3	30	20.3	11.6	3	30

	5 福・自閉				6 医・肢体				7 医・自閉				8 医・重心			
	n=1				n=30				n=1				n=45			
	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値
男	25.0	0.0	25	25	17.1	7.1	2	50	25.0	0.0	25	25	21.1	23.9	0	220
女	5.0	0.0	5	5	12.4	6.7	1	47	2.0	0.0	2	2	15.9	18.3	0	183
計	30.0	0.0	30	30	29.5	12.9	3	97	27.0	0.0	27	27	36.1	41.8	1	403

表 6\_1 ソーシャルワーク担当職員が担当している子どもの人数

N=129				
	平均値	SD	最小値	最大値
男	13.1	9.6	0	69
女	7.9	5.8	0	47
計	19.8	14.8	0	105

表 6\_2 ソーシャルワーク担当職員が担当している子どもの人数（事業の種類別）

	1 福・知的				2 福・視覚				3 福・聴覚				4 福・肢体			
	n=44				n=2				n=3				n=3			
	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値
男	16.5	9.8	0	53	9.0	0.0	9	9	6.3	5.8	1	15	6.3	5.8	1	15
女	7.9	4.6	0	20	10.0	0.0	10	10	5.0	5.3	0	13	5.0	5.3	0	13
計	22.3	14.1	0	71	19.0	0.0	19	19	11.3	11.1	3	28	11.3	11.1	3	28

	5 福・自閉				6 医・肢体				7 医・自閉				8 医・重心			
	n=1				n=30				n=1				n=45			
	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値
男	25.0	0.0	25	25	14.8	9.1	0	50	25.0	0.0	25	25	8.1	7.5	0	69
女	5.0	0.0	5	5	11.1	7.4	0	47	2.0	0.0	2	2	5.9	5.4	0	36
計	30.0	0.0	30	30	25.2	16.0	0	97	27.0	0.0	27	27	13.1	12.0	0	105

表 7\_1 ソーシャルワーク担当職員の人数（平成 28 年 6 月 1 日現在）

N=129				
	平均値	SD	最小値	最大値
常勤 SW 業務専任 人数	2.0	2.0	0	28
常勤 他の業務との兼任 人数	2.4	2.1	0	34
非常勤 人数	0.5	0.7	0	8

表 7\_2 ソーシャルワーク担当職員の人数（事業の種類別）

	1 福・知的				2 福・視覚				3 福・聴覚				4 福・肢体			
	n=44				n=2				n=3				n=3			
	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値
常勤 SW 業務専任	2.3	3.0	0	28	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0
常勤 他の業務との兼任	2.7	2.1	0	17	1.0	0.0	1	1	4.3	4.4	1	11	4.3	4.4	1	11
非常勤	0.9	1.5	0	8	0.0	0.0	0	0	0.5	0.5	0	1	0.5	0.5	0	1

	5 福・自閉				6 医・肢体				7 医・自閉				8 医・重心			
	n=1				n=30				n=1				n=45			
	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値	平均値	SD	最小値	最大値
常勤 SW 業務専任	0.0	0.0	0	0	1.9	1.7	0	6	3.0	0.0	3	3	2.1	1.5	0	9
常勤 他の業務との兼任	3.0	0.0	3	3	3.0	3.2	0	34	0.0	0.0	0	0	1.7	1.1	0	8
非常勤	0.0	0.0	0	0	0.2	0.3	0	1	0.0	0.0	0	0	0.3	0.4	0	1

常勤のうち、兼任している業務の内容は表 8 の通り、多岐にわたる業務を兼任していた。

表 8 常勤のうち、兼任している業務の内容

管理者・児童発達支援管理責任者	児童発達支援管理責任者、相談支援専門員、児童指導員
日常生活支援	児発管理専任者（保育士兼務）、看護師長、児童指導員（入所療育課長兼務）
ケアワーク	児発管業務（請求業務含む）、医療ソーシャルワーク
サービス管理（児童）責任者、家族会支援他	主任
サービス管理責任者、管理業務	常勤ー直接支援業務従事者すべてが兼任している状況
サービス管理責任者・児童発達管理責任者	心理担当
園長	生活介護、余暇活動、保育、外出援助、グループ活動、就学援助、行動援助
園長・児童発達支援管理者・指導主任	生活指導又保育士又看護師
介助業務	生活支援員
外部コーディネーター職	生活支援員療育部長
外来業務・相談支援事業	生活支援全搬
外来診療相談等	相談支援専門員
看護師	相談支援班長
看護補助業務	短期入所、新規入所、実習受入れ窓口、ボラ
管理課長	短期入所、日中一時
管理業務	地域連携室、訪問看護（みなし）
居宅介護・放課後デイサービス	直接支援業務、請求業務
業務係長、保育士、児童指導員	入所園生（者）データ管理、外部からの研修受入れ、見学対応等。
支援担当課長	入所支援計画の作成、職業指導、医務通院等
施設管理	入所者支援、個別支援計画作成、相談業ム。
事務員	病院外来、児童発達支援センター、生活介護事業所のケースワーカー
心理判定	病棟支援
児童指導員・相談支援専門員	副園長（児童発達支援管理責任者）
児童発達管理責任者	副施設長1、児童発達支援管理責任者2
児童発達管理責任者、心理担当職員等。	保育士、児童指導員
児童発達支援管理者	保育士、療育支援員
児童発達支援管理責任者	療育支援員、保育士
児童発達支援管理責任者、看護師	療養介護のサービス管理責任者



表 9 非常勤職員の勤務日数

N=129				
	平均値	SD	最小値	最大値
A	4.6	0.7	2	5
B	5.0	0.0	5	5
C	5.0	0.0	5	5
D	5.0	0.0	5	5

## ＜個人票の集計結果＞

ソーシャルワーク担当職員の利用者面接の対象・形態・頻度

表 11\_1 直近の 1 年間で面談相談をした対象の延べ人数

N=259

	対象 本人	対象 保護者	対象 その他
のべ件数	4473.5	11413.6	6171
平均	28.0	57.9	92.1
SD	27.5	60.5	136.2
最小値	0	0	0
最大値	240	1632	2267

表 11\_2 直近の 1 年間で面談相談をした対象の延べ人数（事業の種類別）

	1 福・知的			2 福・視覚			3 福・聴覚			4 福・肢体		
	n=95			n=1			n=4			n=4		
	本人	保護者	その他	本人	保護者	その他	本人	保護者	その他	本人	保護者	その他
のべ件数	250	2227	383	50	20	0	54	48	0	66	182	0
平均	38.0	30.5	21.3	50.0	20.0	—	13.5	12.0	0.0	22.0	91.0	—
SD	33.1	25.1	18.1	0.0	0.0	—	9.0	5.5	0.0	20.0	41.0	—
最小値	1	1	5	50	20	—	3	3	0	2	50	—
最大値	240	200	136	50	20	—	30	20	0	52	132	—

	5 福・自閉			6 医・肢体			7 医・自閉			8 医・重心		
	n=4			n=46			n=3			n=101		
	本人	保護者	その他	本人	保護者	その他	本人	保護者	その他	本人	保護者	その他
のべ件数	4	38	13	474	2827	2632	10	35	35	1308	6036	3108
平均	1.3	9.5	6.5	16.3	78.5	154.8	10.0	17.5	35.0	24.7	80.5	111.0
SD	1.1	5.5	6.5	17.2	95.3	256.3	0.0	7.5	0.0	27.4	80.5	154.0
最小値	0	0	0	0	0	0	10	10	35	0	0	0
最大値	3	20	13	96	960	2267	10	25	35	116	1632	2267

表 12\_1 直近の 1 年間で面談相談をした形態の延べ人数

N=259

	個別面接	家族面接(本人同席)	家族面接(本人同席なし)
のべ件数	5873	4127	4914
平均	45.5	34.1	31.3
SD	48.0	41.7	27.9
最小値	0	0	0
最大値	912	900	357

表 12\_2 直近の 1 年間で面談相談をした形態の延べ人数（事業の種類別）

	1 福・知的	2 福・視覚	3 福・聴覚	4 福・肢体
	n=95	n=1	n=4	n=4

	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)
のべ件数	2996	931	1259	50	0	20	48	56	28	66	0	182
平均	52.6	18.6	21.7	50.0	0.0	20.0	16.0	14.0	9.3	22.0	0.0	91.0
SD	51.7	19.9	17.6	0.0	0.0	0.0	9.3	10.5	4.2	20.0	0.0	41.0
最小値	1	0	0	50	0	20.0	3	3	3	2	0	50.0
最大値	912	140	136	50	0	20.0	30	35	15	52	0	132.0

	5 福・自閉			6 医・肢体			7 医・自閉			8 医・重心		
	n=4			n=46			n=3			n=101		
	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)	個別 面接	家族 面接 (本人 同席)	家族 面接 (本人 同席 なし)
のべ件数	10	2	26	1386	1265	823	10	0	35	1307	1873	2541
平均	5.0	1.0	8.7	55.4	55.0	29.4	10.0	—	17.5	35.3	46.8	42.4
SD	5.0	1.0	7.6	75.9	80.0	29.9	0.0	—	7.5	34.2	50.6	33.5
最小値	0	0	0	0	0	0	10	0	10	0	0	0
最大値	10	2	20	840	900	357	10	0	25	110	296	261

表 13\_1 利用者面接の頻度

N=259

	N	%
定期的	71	27.4%
不定期	58	22.4%
ニーズに応じて	157	60.6%
その他	4	1.5%

表 13\_2 利用者面接の頻度（事業の種類別）

	1 福・知的		2 福・視覚		3 福・聴覚		4 福・肢体	
	n=95		n=1		n=4		n=4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
定期的	32	33.7%	0	0.0%	3	75.0%	0	0.0%
不定期	21	22.1%	1	100.0%	0	0.0%	3	75.0%
ニーズに 応じて	55	57.9%	1	100.0%	3	75.0%	2	50.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

	5 福・自閉		6 医・肢体		7 医・自閉		8 医・重心	
	n=4		n=46		n=3		n=101	
	N	%	N	%	N	%	N	%
定期的	0	0.0%	6	13.0%	0	0.0%	30	29.7%
不定期	2	50.0%	11	23.9%	0	0.0%	20	19.8%
ニーズに 応じて	2	50.0%	31	67.4%	2	66.7%	61	60.4%
その他	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.0%

病棟、生活棟内で、SW 担当職員がかかわっている会議

表 14\_1 会議の形態・頻度（全体）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨 時 の 検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	211	496.4	151	327	136	980.4	45
平均	1.0	3.0	1.0	2.5	1.0	8.2	1.0
SD	0.0	2.3	0.0	2.2	0.0	6.7	0.0
最小値	1	0	1	0	1	0	1
最大値	1	25	1	20	1	100	1

N=259

事業の種類別の病棟、生活棟内で、SW 担当職員がかかわっている会議の形態・頻度

表 14\_2 会議の形態・頻度（1 福・知的）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨 時 の 検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	80	170.4	64	143	44	403.4	15
平均	1.0	2.5	1.0	2.5	1.0	10.3	1.0
SD	0.0	2.3	0.0	2.2	0.0	8.7	0.0
最小値	1	0	1	0	1	0	1
最大値	1	12	1	12	1	100	1

表 14\_3 会議の形態・頻度（2 福・視覚）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨 時 の 検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	1	1	1	1	1	0	0
平均	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	—	—
SD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
最小値	1	1	1	1	1	0	0
最大値	1	1	1	1	1	0	0

表 14\_4 会議の形態・頻度（3 福・聴覚）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨 時 の 検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	4	5	4	7	3	6	0
平均	1.0	1.3	1.0	1.8	1.0	2.0	—
SD	0.0	0.4	0.0	1.1	0.0	0.7	—
最小値	1	1	1	1	1	1	0
最大値	1	2	1	4	1	3	0

表 14\_5 会議の形態・頻度（4 福・肢体）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨 時 の 検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	3	5	3	4	3	22	0
平均	1.0	1.7	1.0	1.3	1.0	7.3	—
SD	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	3.1	—
最小値	1	1	1	1	1	4	0
最大値	1	2	1	2	1	12	0

表 14\_6 会議の形態・頻度（5 福・自閉）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨 時 の 検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	3	4	3	6	2	2	0
平均	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	—
SD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—
最小値	1	2	1	2	1	2	0
最大値	1	2	1	2	1	2	0

表 14\_7 会議の形態・頻度（6 医・肢体）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨時の検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	38	80	24	89	28	167	4
平均	1.0	2.7	1.0	4.0	1.0	6.2	1.0
SD	0.0	2.0	0.0	4.1	0.0	4.1	0.0
最小値	1	0	1	0	1	0	1
最大値	1	10	1	20	1	24	1

表 14\_8 会議の形態・頻度（7 医・自閉）

	ケース会議	ケース会議 月あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨時の検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	3	32	0	0	2	75	2
平均	1.0	16.0	—	—	1.0	37.5	1.0
SD	0.0	9.0	—	—	0.0	12.5	0.0
最小値	1	7	0	0	1	25	1
最大値	1	25	0	0	1	50	1

表 14\_9 会議の形態・頻度（8 医・重心）

	ケース会議	ケース会議 月 あたり回数	生活棟連絡 会議	月あたり回 数	臨時の検 討 会議	平均年回数	その他
のべ件数	79	199	52	77	53	305	24
平均	1.0	3.4	1.0	1.8	1.0	6.9	1.0
SD	0.0	2.1	0.0	1.5	0.0	5.9	0.0
最小値	1	0	1	0	1	0	1
最大値	1	16	1	12	1	40	1

行政（公的機関）などへの連絡や調整（児童相談所・成年後見人制度など）の件数、書類や記録の整理、  
「個別支援計画書」作成の補助の件数

表 15\_1 行政（公的機関）などへの連絡や調整  
（児童相談所・成年後見人制度など）

N=259	
のべ件数	2398
平均	14.8
SD	16.4
最小値	0
最大値	419

表 15\_2 行政（公的機関）などへの連絡や調整（児童相談所・成年後見人制度など）（事業の種類別）

	1 福・知的 n=95	2 福・視覚 n=1	3 福・聴覚 n=4	4 福・肢体 n=4	5 福・自閉 n=4	6 医・肢体 n=46	7 医・自閉 n=3	8 医・重心 n=101
のべ件数	621.4	15	11	124	11	381	30	1204.2
平均	10.2	15.0	2.8	41.3	5.5	12.3	15.0	20.8
SD	10.7	0.0	3.6	39.1	4.5	12.5	5.0	23.7
最小値	0	15	0	4	1	0	10	0
最大値	140	15	10	100	10	170	20	419

表 16\_1 書類や記録の整理

「個別支援計画書」作成の補助

N=259	
のべ件数	320
平均	2.1
SD	1.7
最小値	0
最大値	50

表 16\_2 書類や記録の整理 「個別支援計画書」作成の補助（事業の種類別）

	1 福・知的 n=95	2 福・視覚 n=1	3 福・聴覚 n=4	4 福・肢体 n=4	5 福・自閉 n=4	6 医・肢体 n=46	7 医・自閉 n=3	8 医・重心 n=101
のべ件数	144	5	3	6	2	59	5	96
平均	2.4	1.0	1.0	1.5	1.0	1.8	2.5	2.2
SD	2.0	0.0	0.0	0.8	1.0	1.4	0.5	1.8
最小値	0	5	1	1	0	0	2	0
最大値	50	5	1	3	2	7	3	15

表 16-3 「個別支援計画書」作成の補助

N=259

	N	%
している	132	51.0%
していない	85	32.8%

表 16-4 「個別支援計画書」作成の補助（事業の種類別）

	1 福・知的 n=95	2 福・視覚 n=1	3 福・聴覚 n=4	4 福・肢体 n=4	5 福・自閉 n=4	6 医・肢体 n=46	7 医・自閉 n=3	8 医・重心 n=101
している	61	1	4	2	2	21	0	41

表 17 地域支援（地域関係機関などとの会議開催・参加など）

N=259

	年間の対象人数	年間の平均頻度	地域自立支援協議会	要保護児童地域連絡協議会	その他 回数
のべ件数	2505.2	1329.8	416	98	34
平均	15.3	8.0	3.0	1.1	1.3
SD	19.6	8.0	4.5	1.5	1.8
最小値	0	0	0	0	0
最大値	960	100	136	32	10

## 4 その他

- ・ グループホーム移行、医療型福祉施設移行
- ・ フレンドホーム事業
- ・ 関係者とのケア会議で地域との連携作り
- ・ 児童の関係機関による相談援助
- ・ 進路に関する相談援助
- ・ 退所に向けての相談援助
- ・ 退所後の移行先訪問
- ・ 地域社会への移行
- ・ 連携医療機関への受診付添

表 18-1 家庭への退所に関する保護者等への支援

	N=259	
	N	%
1 保護者等に対する相談援助	93	35.9%
①施設内による相談援助	139	53.7%
②保護者宅訪問による相談援助	47	18.1%
2 児童等に対する相談援助	52	20.1%
①家庭復帰後における相談援助	66	25.5%
②継続的な相談援助	57	22.0%
3 委託後における相談援助	6	2.3%
4 その他	14	5.4%

表 18\_2 家庭への退所に関する保護者等への支援（事業の種類別）

	1 福・知的 n=95	2 福・視覚 n=1	3 福・聴覚 n=4	4 福・肢体 n=4	5 福・自閉 n=4	6 医・肢体 n=46	7 医・自閉 n=3	8 医・重心 n=101
1 保護者等に対する相談援助	47	0	2	2	1	17	1	23
①施設内による相談援助	62	1	3	3	1	25	3	41
②保護者宅訪問による相談援助	28	1	0	0	0	4	3	11
2 児童等に対する相談援助	28	0	2	1	1	8	0	12
①家庭復帰後における相談援助	35	0	1	1	0	11	1	17
②継続的な相談援助	30	1	0	1	2	8	1	14
3 委託後における相談援助	4	0	0	0	0	0	1	1
4 その他	6	0	0	0	2	3	0	3

表 18-3 支援を行った児童数

	(1)入所児童の家庭復帰のための保護者等に対する相談援助	(2)退所後の児童等に対する相談援助	(3)里親への委託後における相談援助	(4)その他
のべ件数	870	407	13	25
平均	5.6	3.6	0.2	0.6
SD	6.0	4.0	0.4	0.9
最小値	0	0	0	0
最大値	61	88	4	5

## その他の業務

- ・入所利用者の入所前見学、説明、入退所手続き、受給者証の発行手続き等事務処理全般
- ・施設内の担当職員（医師、リハビリスタッフ、栄養士、歯科衛生士等）との情報共有、連絡、調整
- ・施設内人材育成（OJT、OFF・JT、内部研修企画、外部研修参加etc…）
- ・実習生の受け入れ対応、実習指導、講義
- ・ボランティア受け入れ対応、指導
- ・学校や関係機関（市町村、児童相談所、相談支援事業所、相談支援センター、職業安定所、成年後見人、病院、地域協議会など）との連絡、連携、調整（入退所調整等）
- ・外来利用者への支援、外来相談業務（受診予約含む）
- ・利用者への直接生活支援（買物訓練・自立交通機関使用支援含む）
- ・個別ケース会議（特に強度行動障害児童ケース会議）計画作成、実施、記録、会議録の確認及び整理
- ・利用者のアセスメント、個別支援計画（児相、保ゴ者の対応、面談、病院のケース会ギ等も含む）・実施、モニタリング、評価
- ・家庭訪問
- ・退所者のアフターフォロー
- ・各種相談支援（含む電話対応、入所希望、家族支援、虐待防止指導、苦情対応等）
- ・各種書類手続等

- ・障害福祉サービス利用調整（手帳申請、補装具、補助など）
- ・管理業務（入退所調整、ベッドコントロール、安全管理、病棟内環境整備、営繕等（最近は防犯も）、車両管理、入所者預金管理、受給者証管理（更新等案内）郵便物管理、運営、計画推進、サービス管理責任者業務、勤務調整等）
- ・施設内行事企画・運営・実施
- ・地域関係提出書類作成（事故報告書作成等）
- ・職場内の雑務・他職種のフォロー
- ・性教育
- ・緊急受入等の相談・日中一時受入れ業務（相談窓口、病棟との調整）
- ・夜勤業務
- ・保健全搬
- ・入所児の保育・入所児童の学習支援・措置入所児童の衣類等の購入、管理
- ・肢体不自由児地域リハビリテーション支援事業反省会
- ・外来業務：初診受付（聞きとり、カンファレンス、予）、診断書（予受付、内容確認、訂正等役所とのやりとり）福祉サービスの情報提供、カルテ開示対応、病院報告、短期入所（受付、会費調整）障害児等療育支援事業（案内、調整、月末まとめ、県への報告）
- ・事業申請・変更手続き
- ・高等部、入学の為の支度に関する相談。
- ・児童相談所や市町の福祉課 保護者との連携、サポート 職場体験の送迎調整や送迎 職場体験の挨拶、反省会出席
- ・地域連携室・地域相談室業務
- ・家族会への協力・支援
- ・広報活動（しんぶん、ホームページ、パンフレット）
- ・療養介護事業・通所事業の相談全般

表 19-1 SW 専攻の学生等を対象とした  
臨床実習や見学実習の担当の有無

N=259		
	N	%
担当している	45	17.4%
自分はしていない	80	30.9%
部署として担当していない	119	45.9%

表 19-2 SW 専攻の学生等を対象とした  
臨床実習や見学実習の担当の年間日数

	年間日数
のべ件数	1308
平均	31.9
SD	21.8
最小値	0
最大値	100

表 19-3 他職種を対象とした臨床実習や  
見学実習の担当の有無

N=259		
	N	%
担当している	66	25.5%
自分は担当していない	114	44.0%
部署として担当していない	64	24.7%

表 19-4 他職種を対象とした臨床実習や  
見学実習の担当の年間日数

	年間日数
のべ件数	1308
平均	31.9
SD	21.8
最小値	0
最大値	100

表 20-1 病棟、生活棟業務以外に外来業務の  
担当の有無（医療型障害児入所施設のみ）

N=259		
	N	%
している	62	23.9%
していない	88	34.0%

表 20-2 「している」場合、週あたりの  
生活棟 と外来にあてての時間の割合

	生活棟 割合	外来 割合
平均	7	9
SD	4.9	7.2
最小値	3.6	5.4
最大値	0	0.5

表 21-1 SW 業務以外の実務

N=259		
	N	%
ある	193	74.5%
教育	41	15.8%
管理業務	88	34.0%
サービス計画書記載	62	23.9%
その他	86	33.2%
ない	46	17.8%

- ・ ケアワーク、療育活動
- ・ サービス管理責任者
- ・ サービス等利用計画、短期入所担当
- ・ 委員会司会
- ・ 医師診断書作成補助 通所事業所昼食介助、事務補助
- ・ 医療物品管理
- ・ 園内作業所運営
- ・ 介護業務
- ・ 介助業務
- ・ 各種会議への参加
- ・ 学校訪問
- ・ 環境整備
- ・ 看護学校、大学の講師
- ・ 看護業務・ヒヤリハットアクシデントレポート評価
- ・ 求人関係
- ・ 苦情受付、サービス管理責任者、入退所の手続、外来受診の調整 地域療育支援の窓口、タイムケアの請求、ショートステイの調整
- ・ 苦情等解決委員会、地域支援事業、病床利用調整会議等事業の事務局および入所契書作成から契に至る事務手続
- ・ 現場支援
- ・ 個別支援計画書作成、管理
- ・ 公開講座担当（施設主催）地域支援施設の利用調整
- ・ 広報業務、契業務
- ・ 行事対応
- ・ 行事付き添い
- ・ 行政一般事務（課に関する事務）
- ・ 国保連請求業務
- ・ 雑用
- ・ 指導員業務、外来受付、地域連携として会議・研修企画実施
- ・ 支援
- ・ 施設運営管理
- ・ 施設見学（来訪者）
- ・ 施設内各種委員会への出席
- ・ 事業手続き（申請更新）・広報・文書様式作成
- ・ 児童の生活支援・学習支援
- ・ 実習指導（保育士、介護福祉士）
- ・ 障がい児等地域療育等支援事業
- ・ 職場内の雑務
- ・ 心理業務
- ・ 生活介助
- ・ 生活支援
- ・ 生活支援業務
- ・ 生活棟への補助的な勤務 個別的な対応が必要な利用者への対応 送迎・別事業（日中一時・放デイ・短期入所）への補助的な勤務など
- ・ 請求業務（短期入所、日中一時支援予を含む）
- ・ 請求業務、入所契業務、ボランティア受入、通信発行業務、短期入所受入（契、調整、請求全般）、サービス等利用計画作成、モニタリング等
- ・ 請求等
- ・ 相談支援
- ・ 相談支援専門員との兼務
- ・ 装具診察のつきそい
- ・ 送迎（通院、短期入所）
- ・ 短期入所受入、広報誌
- ・ 知的障がい児入所施設の保育士業務
- ・ 直接支援
- ・ 直接処遇



- ・ 直接処遇業務の支援、補助
- ・ 通院引率
- ・ 同法人MSW、相談支援（障がい児、計画相談）
- ・ 日常生活介護・療育活動
- ・ 日常生活支援
- ・ 入院関係書類準備、短期入所実績記録管理 各種調査等取りまとめ、入所調整
- ・ 入園に関する業務
- ・ 入園時の契、学童保育、施設行事
- ・ 入所児童の介助、指導
- ・ 入所児童の生活援助
- ・ 入所者のデータ管理、車椅子補装具等の手続き研修生受け入れ
- ・ 入所者の生活に関する業務・事務一般
- ・ 部署の担当の役割業務例えば、ボランティア担当、研修委員など
- ・ 福祉サービス利用に係る事務手続支援、支援会議の調整
- ・ 利用者の支援、介護
- ・ 利用者の直接支援
- ・ 利用者病院送迎
- ・ 療育

表 21-2 病棟、生活棟で、生活支援者と同様の  
介助業務の要請の有無（複数回答可）

N=259

	N	%
なし	102	39.4%
食事	119	45.9%
排泄	105	40.5%
着替え	104	40.2%
外出同伴	105	40.5%
入浴	100	38.6%
その他	38	14.7%

- ・ 移乗介助
- ・ 各病棟での食事援助
- ・ 学校との調整
- ・ 学校送迎
- ・ 学習指導
- ・ 見守り
- ・ 施設見学等
- ・ 児童面接
- ・ 受診付添いなど
- ・ 就寝介助
- ・ 装具診察・判定のつきそい
- ・ 送迎
- ・ 登下校支援
- ・ 日中活動支援
- ・ 病院受診配車業務等
- ・ 夜勤業務
- ・ 遊び

表 21-3 要請されていないものの、自主的に行っている（行っていた）活動の有無（複数回答可）

N=259

	N	%
なし	119	45.9%
食事	58	22.4%
排泄	50	19.3%
着替え	47	18.1%
外出同伴	50	19.3%
入浴	32	12.4%
その他	27	10.4%

- ・ おやつ介助
- ・ PC指導
- ・ 移乗介助
- ・ 園内装飾・制作系
- ・ 家族での外出同伴
- ・ 会議録清書
- ・ 学校送迎
- ・ 活動補助
- ・ 環境整備
- ・ 見守り
- ・ 行事の付添い
- ・ 車イスの点検
- ・ 手洗い介助
- ・ 受診付添い
- ・ 洗面、歯みがき
- ・ 通院への引率
- ・ 日中のふれあい
- ・ 行事への参加
- ・ 余暇活動
- ・ 療育活動支援

表 22-1 ケース検討や勉強会など、スキルアップのための時間の有無

N=259		
	N	%
勤務時間外にある	59	22.8%
ない	27	10.4%

表 22-2 書類業務の内容（複数回答可）

N=259		
	N	%
ケース会議資料	182	70.3%
年度のまとめ	145	56.0%
面接記録	181	69.9%
児童相談所への報告書作成	106	40.9%
その他	97	37.5%

表 22-3 書類業務に要する時間が全体の業務の占める割合

平均	46.5
SD	18.4
最小値	5
最大値	95

表 22-4 勤務時間内で業務が終了するかどうか

N=259		
	N	%
終了する	65	25.1%
終了しない	190	73.4%

表 22-5 超過勤務 月あたり時間

平均	20.3
SD	14.9
最小値	0
最大値	120

表 22-6 持ち帰り業務の有無

	N	%
ある	41	15.8%
ない	131	50.6%
書類の持ち出しが不可能	83	32.0%

表 22-7 持ち帰り 月あたり時間

平均	12.8
SD	10.9
最小値	1
最大値	100

表 22-8 実際にできていないが、時間があれば取り組みたい業務内容

N=259

	N	%
ある	102	39.4%
ない	93	35.9%

表 23-1 SW としての実務経験年数

N=259

	N	%
1 年目	36	13.9%
～5 年	79	30.5%
5～10 年	60	23.2%
10～15 年	39	15.1%
15～20 年	14	5.4%
20～25 年	5	1.9%
25 年以上	14	5.4%

表 23-2 現在の職場での経験年数

N=259

	N	%
1 年目	29	11.2%
～5 年	60	23.2%
5～10 年	51	19.7%
10～15 年	41	15.8%
15～20 年	22	8.5%
20～25 年	15	5.8%
25 年以上	38	14.7%

表 23-3 これまでに経験した、SW 以外の職種

- ・ DV相談員
- ・ MSW
- ・ PSW
- ・ ケアマネ
- ・ ケースワーカー
- ・ サービス管理責任者
- ・ ジョブコーチ
- ・ スクールカウンセラー
- ・ スクールサポーター
- ・ デイサービス相談員
- ・ ホームヘルパー
- ・ 育成主任
- ・ 営業・介護現場
- ・ 衛生管理者
- ・ 課長
- ・ 介護員
- ・ 介護福祉士
- ・ 会計
- ・ 会社員
- ・ 看護技師
- ・ 看護師
- ・ 看護助手
- ・ 管理課長
- ・ 期限付養護学校教諭
- ・ 救護施設
- ・ 給与
- ・ 居宅ケアマネ
- ・ 作業支援員
- ・ 指導員
- ・ 指導係長
- ・ 支援員
- ・ 支援課長
- ・ 事務員
- ・ 児童指導員（SW的業務含む）
- ・ 児童支援員
- ・ 児童自立支援専門員
- ・ 児童心理司
- ・ 児童精神科病院外来療育保育士
- ・ 児童発達管理責任者
- ・ 児童福祉司
- ・ 社会福祉協議会
- ・ 社会福祉主事
- ・ 社協職員
- ・ 授産通所施設（生活支援員）
- ・ 就労支援員
- ・ 障害児・者相談支援センター
- ・ 障害者生活指導員
- ・ 障害分野ホームヘルパー
- ・ 職業指導員
- ・ 心理判定員
- ・ 心理療法士
- ・ 成人生活支援
- ・ 成人棟支援員
- ・ 生活介護の生活支援員
- ・ 生活支援員
- ・ 生活主任
- ・ 生活相談員
- ・ 生活保護事務
- ・ 精神保健福祉センター
- ・ 相談支援専門員
- ・ 総合病院
- ・ 総務事務員
- ・ 大学職員
- ・ 知的施設職員
- ・ 知的障がい児者施設支援員
- ・ 知的障害者入所施設指導員
- ・ 地域福祉専門員
- ・ 地域療育コーディネーター
- ・ 直接介助

- ・ 特別支援学校教諭
- ・ 入退所業務担当
- ・ 発達障害者支援センター支援員
- ・ 販売員
- ・ 非常勤公務員
- ・ 福祉指導員
- ・ 福祉事務所ＣＷ
- ・ 保育士
- ・ 保健師
- ・ 放課後デイサービス
- ・ 民間企業
- ・ 養老老人ホーム運営
- ・ 寮母
- ・ 療養介護事業所
- ・ 老人ホーム生活相談員

表 24-1 取得している資格（複数選択可）

N=259		
	N	%
福祉関係		
社会福祉士	98	37.8%
精神保健福祉士	25	9.7%
保育士	61	23.6%
その他	118	45.6%
心理関係		
臨床心理士	1	0.4%
臨床発達心理士	0	0.0%
学校心理士	1	0.4%
教員免許関係		
幼稚園	34	13.1%
小学校	19	7.3%
中学・高校	34	13.1%
養護学校教諭	20	7.7%
医療関係		
医師	0	0.0%
看護師	8	3.1%
理学療法士	0	0.0%
作業療法士	0	0.0%
言語聴覚士	1	0.4%
その他	5	1.9%

## 職場における状況

表 25-1 現在の職場に入った経緯

N=259		
	N	%
希望による入職	145	56.0%
希望による異動	26	10.0%
希望によらない異動	65	25.1%
希望した機関で配属	11	4.2%
その他	7	2.7%

表 25-2 入職・異動時の条件

N=259		
	N	%
ない	160	61.8%
あった	90	34.7%
資格	83	32.0%
経験年数	15	5.8%

諸検査の習熟	0	0.0%
その他	7	2.7%

表 25-3 現在の就業形態

N=259

	N	%
常勤	250	96.5%
非常勤	4	1.5%
臨時職員等	2	0.8%

表 25-4 非常勤（週 日）

	週あたり日数
のべ日数	19
平均	3.2
SD	1.5
最小値	1
最大値	5

表 25-5 現在の職場以外の勤務

N=259

	N	%
ない	242	93.4%
ある	12	4.6%
療育機関	0	0.0%
病院	4	1.5%
大学職	3	1.2%
保健センター	0	0.0%
地域機関巡回相談	0	0.0%
スクールカウンセラー	0	0.0%
スクール SW	0	0.0%
教育相談所	0	0.0%
その他	5	1.9%

表 25-6 現在の職場での超過勤務手当

N=259

	N	%
ある	172	66.4%
あるが上限がある	45	17.4%
ない	38	14.7%

表 25-7 現在の職場の賞与

N=259

	N	%
ある	256	98.8%
ない	1	0.4%

表 26-1 学会参加の条件（複数回答可）

N=259

	N	%
公費出張可能	28	10.8%
年あたり回数	13	5.0%
有給休暇で私費で参加	28	10.8%
休暇で私費で参加	25	9.7%

上司が認めた場合は公費出張	166	64.1%
出張扱いで私費で参加	4	1.5%
その他	13	5.0%

表 26-2 研修会等の参加の条件

N=259		
	N	%
公費出張可能	48	18.5%
有給休暇で私費で参加	43	16.6%
休暇で私費で参加	29	11.2%
上司が認めた場合は公費出張	29	11.2%
出張扱いで私費で参加	196	75.7%
その他	6	2.3%

表 26-3

年あたり	
のべ日数	43
平均	2.0
SD	1.2
最小値	1
最大値	10

表 26-4 臨床、学術研究の有無

過去 5 年間の回数      のべ 77 回

## 教育歴

表 27-1 最終学歴

N=259		
	N	%
大学卒業	158	61.0%
大学院修士課程修了	12	4.6%
大学院博士課程博士号取得	0	0.0%
専門学校	42	16.2%
専門学校 通学	22	8.5%
専門学校 通信	7	2.7%
その他	49	18.9%

表 27-2 専門学校・大学等での専攻分野

N=259		
	N	%
心理関係	23	8.9%
教育関係	44	17.0%
福祉関係	143	55.2%
発達関係	5	1.9%
その他	45	17.4%

## その他内容

- ・ 医療
- ・ 音楽
- ・ 家政学科
- ・ 看護
- ・ 教養科
- ・ 経学学部

- ・ 語学
- ・ 工業関係
- ・ 史学
- ・ 社会体育
- ・ 商学
- ・ 情報
- ・ 人文学部
- ・ 文化系
- ・ 保育士
- ・ 法律関係
- ・ 幼児教育
- ・ 理学系
- ・ 臨床検査
- ・ 歴史

表 27-3 専門学校・大学等で、「障害児」に関する知識や臨床実習等の直接体験

N=259

	授業であった		個人的にあった		なかった	
①専門学校・大学等での「障害児」に関する知識や臨床実習等の直接体験	162	62.5%	74	28.6%	58	22.4%
②専門学校・大学等での「知的障害」に関する知識や臨床実習等の直接体験	160	61.8%	74	28.6%	58	22.4%
③専門学校・大学等での「発達障害」に関する知識や臨床実習等の直接体験	105	40.5%	46	17.8%	120	46.3%
④専門学校・大学等での「肢体不自由」や「重症心身障害」「視覚・聴覚障害」に関する知識や臨床実習等の直接体験	123	47.5%	54	20.8%	91	35.1%
⑤専門学校・大学等での医学用語や医療的ケアの知識に関して学ぶ機会	123	47.5%	19	7.3%	111	42.9%
⑥専門学校・大学等での「児童虐待」に関する知識や臨床実習等の直接体験	109	42.1%	25	9.7%	123	47.5%

## 職場環境

表 28-1 入職・異動の際の前任者の有無

N=259

	N	%
いた	211	81.5%
いない	39	15.1%

表 28-2 「いた」場合の伝達内容

N=224

	N	%
十分だった	62	23.9%
十分ではないが手掛かりになった	125	48.3%
受けられなかった	19	7.3%

表 28-3 業務について相談できる人の有無

N=224

	N	%
職場内にいる	230	88.8%
職場外にいる	65	25.1%
いない	8	3.1%

表 28-4 職場内のコミュニケーションのとりやすい医師の有無

	N	%
いる	142	54.8%
いない	104	40.2%

表 28-5 病棟・生活棟のニーズにみあった業務時間配分ができているか

N=259

	N	%
業務時間配分 できている	79	30.5%
業務時間配分 できていない	77	29.7%
病棟・生活棟に属していない	90	34.7%

表 28-6 業務内容の優先順位など、自分の意向が反映されていると感じられるか

N=259

	N	%
十分されている	39	15.1%
ある程度されている	148	57.1%
どちらともいえない	57	22.0%
されていない	7	2.7%

表 28-7 スタッフルームは、整備されているか

N=259

	N	%
専用デスク	219	84.6%
専用ロッカー	198	76.4%
更衣室	182	70.3%
電話	211	81.5%
冷蔵庫	173	66.8%
空調設備	223	86.1%
インターネット	212	81.9%
その他	13	5.0%

表 28-8 SW 面接室は、整備されているか（複数回答可）

N=259

	N	%
面接のねらいに応じて複数ある	56	21.6%
専用だが不足している	39	15.1%
他部署と兼用	113	43.6%
病棟の空間を利用している	48	18.5%
時間によって使えない時がある	56	21.6%
その他	15	5.8%

表 28-9 検査用具や遊具は、整備されているか

N=259

	N	%
ない	136	52.5%
ある	83	32.0%

表 28-10 ある場合

N=94

	N	%
専用である	33	12.7%
兼用で毎回運び入れる	22	8.5%
収納場所が狭い	17	6.6%
その他	4	1.5%



表 28-11 書籍や遊具購入などに使える予算が計上されているか

N=259

	N	%
年間予算が組まれている	28	10.8%
必要時に申請する	179	69.1%
ない	26	10.0%

表 28-12

年間当たり金額	
平均	83692.3
SD	80804.7
最小値	3000
最大値	440000

表 28-13 「不足している」と感じるものの有無

N=259

	N	%
ある	84	32.4%
ない	100	38.6%

#### 内容

- ・ CW室が狭い
- ・ DVD・TVなどの電化製品
- ・ スーパーバイザー
- ・ スタッフの人数
- ・ スペース
- ・ パソコン
- ・ マンパワー
- ・ 会議室、面談室など。
- ・ 休憩室
- ・ 給与
- ・ 検査用具
- ・ 研修や外部施設等の見学の機会
- ・ 自分自身の支援スキル
- ・ 書類保管場所
- ・ 職員研修体系
- ・ スタッフ各自の専用デスク
- ・ 人手不足
- ・ 専用の面接室
- ・ 相談のスペース
- ・ 相談室
- ・ 他施設との交流
- ・ 知育おもちゃ
- ・ 直通電話
- ・ 本棚・書籍
- ・ 本来のSW資格のある職員
- ・ 面接室
- ・ 遊具施設外からのスーパーバイズ機能

表 29 研修したい課題

N=259

	N	%		N	%
評価方法・ツール	54	20.8%	トラウマワーク	28	10.8%
見立て・理解の仕方	55	21.2%	ターミナルケア	32	12.4%
アセスメントの方法	49	18.9%	保護者との関係のつなぎ方	105	40.5%
日常生活への反映の仕方	33	12.7%	保護者の精神疾患について	81	31.3%
アセスメントの視点	70	27.0%	グループセラピー	14	5.4%
関わり方・支援方法	101	39.0%	職員間連携	76	29.3%
コミュニケーションの方法	80	30.9%	地域連携	90	34.7%
療育内容	70	27.0%	社会資源	92	35.5%
問題行動	74	28.6%	研修の場の確保	30	11.6%
ホスピタリズム	17	6.6%	人材育成の視点と方法	85	32.8%
性教育プログラム	55	21.2%	その他	13	5.0%

## その他内容

- ・ アンガーマネジメント
- ・ グリーフケア
- ・ 家族支援
- ・ これからの子どもの療育のあり方、国の施策の方向性
- ・ 愛着障害
- ・ 医療的な知識
- ・ 虐待
- ・ 研修の場の情報
- ・ 護身術
- ・ 施設内虐待、児童の権利擁護
- ・ 重心に特化した個別支援計画の立案の例等
- ・ 生活スキルチェック等、現在一人一人生活がどこまでできるのか
- ・ 今後どこまでできるかの指標
- ・ 検査用具も大切だが生活の中での生活レベルのものが具体的なものがほしい
- ・ 法制度の活用 医療保険

表 30 日々の悩み

N=259

	1 とても そう感じる		2 時々 そう感じる		3 感じない	
① やりがいがあるが、時間が足りない	107	41.3%	113	43.6%	30	11.6%
② 人材がたりない	131	50.6%	93	35.9%	26	10.0%
③ 子どもたちの悲惨な家族背景に精神的に苦痛になる	28	10.8%	162	62.5%	59	22.8%
④ メンタルヘルスを保つ時間が十分に確保できない	41	15.8%	130	50.2%	80	30.9%
⑤ 考えが合わないスタッフがいて苦痛を感じる	29	11.2%	127	49.0%	94	36.3%
⑥ 上司の理解が得られない	17	6.6%	103	39.8%	129	49.8%
⑦ 給料がみあっていない	42	16.2%	99	38.2%	108	41.7%
⑧ SW 職として理解されていない(他職種に)	31	12.0%	104	40.2%	103	39.8%
⑨ SW 職として理解されていない(他分野に勤める同職種に)	15	5.8%	94	36.3%	129	49.8%
⑩ 意図していることが、うまく伝わらない	18	6.9%	178	68.7%	54	20.8%
⑪ 病棟・生活棟全体の温度差に、どのような役割をとるか迷う	40	15.4%	143	55.2%	62	23.9%
⑫ 大事な会議に呼ばれないなど、疎外感を感じる時がある	10	3.9%	49	18.9%	186	71.8%
⑬ 面接の内容をどこまで開示してもよいかわかる	17	6.6%	126	48.6%	102	39.4%
⑭ 実質的な面接業務より、煩雑な事務仕事に追われている	87	33.6%	117	45.2%	40	15.4%
⑮ 研鑽の時間が取れない	64	24.7%	126	48.6%	55	21.2%
⑯ 即座に役立つ適切な文献が見つけられない	33	12.7%	135	52.1%	75	29.0%
⑰ 必要な時に手がかりや助言が得られない	26	10.0%	135	52.1%	90	34.7%
⑱ 勉強してきたことが活かさない	11	4.2%	109	42.1%	125	48.3%
⑲ SW 職としてのアイデンティティーを感じられない	23	8.9%	107	41.3%	109	42.1%

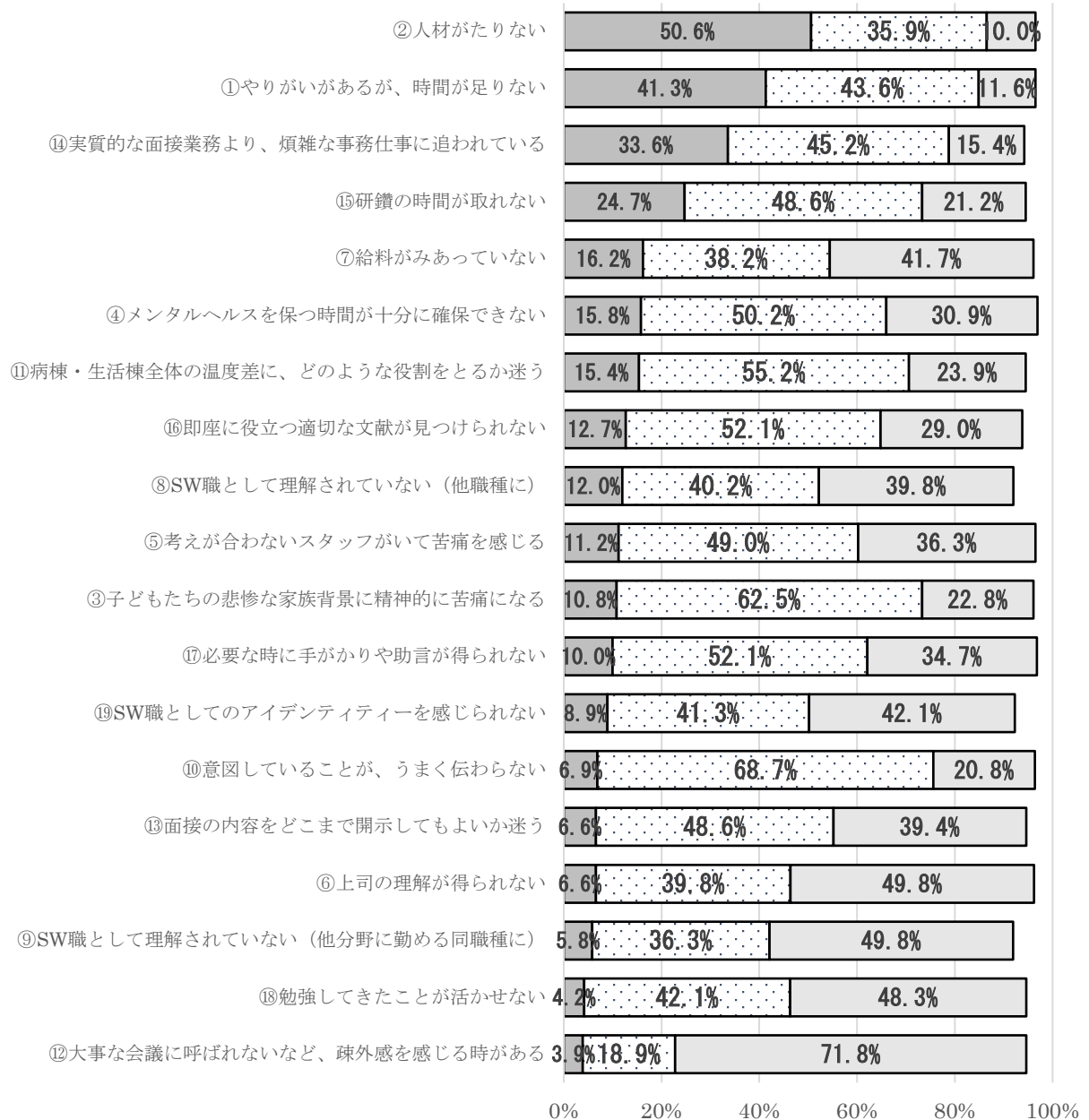


図1 日々の悩み

■1とてもそう感じる ■2時々そう感じる ■3感じない

### 【SW 担当職の自由記述】

- ・SWらしくないかもしれないが、対象としている児童は意思疎通が難しかったり、コミュニケーションに困難さがあるため、日々の直接処遇を通じてニーズを把握する必要がある。面接らしい面接はあまりしたことがない。
- ・社福土の実習に来る実習生は、相談職を思い描いていることが多く、コミュニケーションの部分でつまづき、ニーズを把握するところまでできないまま実習が終了する。日々の支援の中にも「人と環境の間に入って調整を行う＝SW」があることが見つけられない実習生も多い。
- ・社福土の資格を持っているが、学校で学んだことや資格のために勉強したことが多岐に渡りすぎて、現場に入ると全然活かせていないと感じる。
- ・一般行政職として仕事をしているので、事務の仕事が多く、SWに使える時間が限られている
- ・資格がないので、直接処遇はできない。また、課長という課全体の取りまとめの仕事があり、入所児とふれあう時間がとれない。・児童相談所等の福祉関係の業務の経験があり、どうにか業務はこなしているが、全く、福祉関係の業務経験のない行政職が異動してきたら大変だと思う
- ・児童養護施設等には、早期の家庭復帰等を支援する体制の強化と、被虐待児に適切に対応するためのファミリーソーシャルワーカーが平成11年度から制度化されている。医療型障害児入所施設にも、配置すべきであると考えます。
- ・何事もSWに問われ、なんでも役になっている様に感じます。しかし、その一方で、家族目線に立つと窓口が一本化されておりその方が良いと感じますが、日々業務におわれています。
- ・業務の範囲が他職種のようにはっきりしていないので仕事の内容が多岐にわたっている。
- ・現在、ソーシャルワーク担当員として部署に配置されていない状況ですので、児童発達支援管理責任者が兼務している状況です。
- ・人員不足がいなめない状況です。
- ・福祉職に対して給与を上げる等、検討を是非に願いたい。
- ・現在の職場内に独立した相談部がなく、事務部→福祉専門外の集まり。にSW配属のため、SW業務としての理解が得られにくく、雑用係のような扱いになっている。また、自己研さんのための研修も認められにくく行き詰まりを感じる時がある。SWが一人のため対応するときに不在だと困ってしまう。→時間外対応や休日出勤となる場合が多い。
- ・もう少しSWの地位向上にむけて理解をいただきたいと日々感じています。
- ・現場からはよく声をかけていただいているので利用者様の状況やニーズ支援体制に関しては理解でき、また共通理解もできていると思います。
- ・今の施設の大きな課題としてはやはり“人材不足”があります。またそれでも来てくれた人材をいかに育て、伸ばしていくかということが、今後求められる現場、責任者の役割です。
- ・今回改めて、入所児童が減っていること、重心児が増えていることもあり、昔に比べ、子どもたちとの面談がとて減っていることに気づきました。入所でも、面談や、支援含め、療養介護利用者との関わりの方が多くあります。(長期入所、児10名、者40名)・措置児童は困難ケースが多く、現場職員でない、SWスタッフの必要性を強く感じます。
- ・外来相談も含め、制度が多様化したこともあり、SWの役割が重要だと感じます。・子どもの自立、地域連携を保証する面でも、SWの役割はとても大きい。
- ・肢体不自由児、重心児に対する対応は、地域の相談体制の中でも難しいところが多く、地域化、在宅化が進む今だからこそ、医療型入所施設のSWが、地域支援を行うことにも大きな意味があると思います。
- ・自分自身の力量のなさとその支援で良いのか。・ケースに関してじっくり考える時間が少ない(自分でもうまく時間をつくれてない)
- ・重度自閉症、聴覚障害のみなど一施設でさまざまな児が同じホールで生活しているため分別して、生活が

できればより、職員間も、意識が標準にできるが、さまざまな考え方があるのもあたりまえでもあるし、統一するのも、あたりまででもあり、ひとり一人を育てることのむずかしさに直面する。教科 書籍のように育てるのがいいのか、児の無限性に育てるのがよいのか悩んでしまう。

- ・上司に相談はできるが同じ職種は1人で、どのように家族の相談に応じれば適切なのか、迷うことがある。
- ・児童が少数であり、SWとして経験も浅いので障害受容できていない保護者に対しての対応が難しい。
- ・職場にスーパーバイザーがいない
- ・高校生年代の支援が出来ていない（外来フォローのみ）
- ・職場の勤務形態が早出と遅出からなっている。利用者への直接支援をするなら、早出や遅出どちらでもかまわないが、地域移行コーディネーターをさせてもらってから、遅出だと仕事がほとんどできないため、早出勤務をさせてもらっている。早出だと、午後からグループホームや障害者支援施設の見学やケース会議を入れやすいからです。利用者への直接支援をしながら、電話対応をこなしたりしている。ケース記録業務記録は、通常業務時間を終えてからになる。コーディネーター業務は昨年迄2名で取り組んでいたもので、今年から1人で行って話す相手がなくなったこと、業務が集中することで孤立感がでました。それが辛いとは、言っても何の解決にもならず、利用者が希望する地域移行をすすめていこうと思ってやっている。こういう現状で、自分の気持ちをコントロールしながら仕事をしているが、職場にホっとできる場所や相手（話し相手）は、いなくなってしまった。
- ・人間関係が難しい。
- ・上司に思ったことが言いにくく、従うばかりの時がある。 ・上司が気に入っている職員との接し方について、差をひしひしと感じる。
- ・全く違うソーシャルワーカーという仕事に4月から就きはじめ、わからないことだらけで、日々勉強している感じ。
- ・覚える事も多く、自分に果たして向いているのか、先輩達のようにになれるのか不安。
- ・対象者の関与をどこまで関わる必要があるのかと感じる。
- ・当施設では、SW専任はおらず、児童の療育や指導を行うスタッフが、SW的な動きをとっています。来年度はSWの専任を置く予定で進めています。
- ・前年度は、生活指導を中心とした業務で、今年度よりSW的な仕事を行っているので、P. 2は、本年度4月以降の件数になります。
- ・当施設において、現在70名定員に対して73名の児童が入所している。児童の多くは、発達障がい等を伴う知的障害、又、生育歴、愛着形成ができておらず、又、虐待を受けてきた子どもたちと様々です。基本的生活習慣が全く確立されておらず、中・高生になり暴力や警察にお世話になる等、家庭で養育困難になって入所をして来るケースが増えています。そのため、一から育て直しを行い、善悪、愛情のかけ方を細やかに考え、少ない職員の中で精一杯、子どもたちの将来を見据えて、自立に向けて日々頑張って支援を行っています。しかし、教える中で恐怖との葛藤（子どもたちからの威嚇、暴力、嘘をつき通す 職員を見下した態度、等）があります。私たちは子どもたち、保護者とも対峙する覚悟と向き合う勇気が必要です。施設の配置基準は従来そのままですので、人材不足、且つ専門職がいない状況の中で、職員は、心身共に疲弊してしまっている状況です。 ～将来、日本を担っていく子どもたちの支援をもっと充実させて、子どもたちが持っている本来の力を社会で生かしていけるよう！！制度を変えていってほしいと願います。 よろしく願います。
- ・入所施設としての役割について、上司の考え方をしっかり理解していくこと、同僚の悩みについて意見を吸い上げ調和するための技量不足など、自分に足りないものは日々痛感するところですが、受け入れる利用者個々が持っている、特性に対しての支援を行う時、人材不足に一番困っています。1人1人の支援の充実を向上するためにも、職務改善に向けての取り組み（配置定員数の改善 e t c）がなされることを望みます。
- ・18歳～20歳までのサポート対策の遅れがみられる。

- ・家族の満足度アップのためのフォロー（利用者養育）がなかなか出来ないことが多い
- ・仕事の量が多く、休日もその時間となることが多い
- ・利用者の特性に対して1対1の支援が必要だが職員不足で不十分な対応となっている。
- ・心理士の設置を児童施設にもほしい。
- ・夜勤・早出のある現状の勤務に若い人が難色を示し、新卒者の求人を出しても、求職者が来ない。低賃金にも問題があると思う。
- ・平成18年以降年々事務の仕事が増え利用児童の対応が疎かになっていないのかが心配である。
- ・様々な人達とのやり取りが多く、一般常識をはじめとした様々な知識と情報をきちんと持って、中立的に物事を考えなければいけない場面の多い職種だと思っています。
- ・現場サイドとのやり取りや関係性を保つことが重要だと思っています。
- ・他県と比較して、障害児や障害者への予算配分や重点化が少ないように感じられる。現在、県型としての施設設置や運営となっており、建物の老朽化や人員不足の中で、職員が疲弊している様子あり。医療及び福祉において、絶対的人員不足がまん延化しており、障害児や家族を支えきれなくなっている。②特に発達障害に対する地域側からの要望は強くあるものの、多くの職種で人員不足をまねき、ニーズに対応した支援に至っていない。今後、このような状況では、発達障害への地域での問題が表出されるものと危惧している。③高令者に多くの予算が支出されているが、今後は、子供、障害者、難病、への民間参入ができるような、しくみ作りと予算配分が必要と思う。④日本全体が個人主義となっていて、地域での支え合いが少なくなっている。ゆるやかなつながりや支え合いができるよう、障害者や子供向けのカフェや食堂を中心とした広がり の拠点 が身近にあると良いと思う時がある。⑤高令者のように、1人1人のケアマネージャーがきちんと配置できたら、ネットワーク支援がやりやすくなる。現在の相談支援事業所は、量も質も問題が多い。地域包括支援センターは、高令者が中心となっているが、その中に、障害者や障害児も含めて地域の基幹センターになるのはどうでしょうか？⑥法律改正になっても、職員の意識の変化が少なく、さらに医療と施設が同じ建物であることで区別がしづらくなっている。法改正の時を契機にして病院機能と施設機能をハード面からも区別し、県全体の子ども療育センターとしての中核機能になれるよう、人員の配置と質の向上が必要と思う⑦県内において子ども療育の空白地帯が多くあり、サブセンターの設置が大きな課題である。
- ・1年間で面談相談をした対象者は数え切れない。1ヶ月単位であっても時期（入退園時期）によって全く異なる。生活支援を行いながら進路指導を兼務しており多忙。アンケートにゆっくりと答える暇さえない。児童施設であり乍ら園生（高等部年齢の児童）に作業訓練を行っており、その就職をさせていく動きというのは（全国的にもめずらしいと思われるが）忙しいもののやりがいも感じられる。
- ・H28年4月に異動となり、前部署での経験を生かせず、情けない心情で業務を行っています。前任者は他部署へ異動となり、質問等とりづらい環境です。まずは「経験」と周囲の方はおっしゃりますが、身近にスーパーバイザーを配置して欲しかった、ということが、本音です。
- ・SWの勉強をしておらず、立場的に必要に迫られ行なっている。
- ・SWの役割＝何でもする人という認識があるように感じている。（職場内で）相談があれば対応はするが、それが当たり前になっていく事にジレンマを感じている。SWの役割を理解しようとする、意識が低いように感じる。
- ・SW職が理解されていない、事務屋の役割を期待され、都合よく手際よく「こと」を処理してくれる便利屋として使われている。SW職として社会福祉士が妥当だと思っているが、職場（法人）の意識が低く社会福祉士の必要性を感じていない。（確かに面倒を起こさず無難にこなすのは社会福祉士の方が下手かもしれないが、それでは利用者のため、ひいては法人のためにならない）SWの専門性が理解されていない、啓発の努力が足りないとは分かっており、また職場での研修はあきらめ休日利用で勉強に励んでいるが、自身の力量不足も痛感している。
- ・SW専任の職員は配置していませんが、施設全体で統一した支援できるようにしています。

- ・アンケートに答えるように依頼があったが、個別の封当などなく、回答後にこれをそのまま上司にあずけることになる。それがこのアンケートの質に少なからず影響を与えることになると思う。せっかくアンケートをとるのであれば、もう少しP1に明記されている情報の保護が徹底できるように配慮が必要ではないかと思う。
- ・とても給料的にも休みのにも良い職場です。若い年齢でこのまま、ここだけの勤務で良いのか迷う。もっと挑戦的に他の事をやるべきなのか。だが世間はそんなに甘くなく転職したら給料や休日が減ると言った不安がある。
- ・まだまだ医療機関における福祉職の役割、立場は不明確で、“何でも屋”になっているような状況。入所児のソーシャルワークについても、福祉職が行うという位置付けは薄く、N、S、療法士、保育士とそれぞれが必要に応じて対応している。(困難ケースについては、児相難務●がある社福職2名(指導員兼務)が対応している) 外来業務や電話対応がある中、入所児への関わりは時間的にも難しい。しかし、病棟からは指導員の配置を求められているが、結局は、会議設定などの雑務を対応してくれる職員として求められているように感じる(本来の役割としての必要性ではなく…)
- ・まだまだ現職について勉強を始めたばかりなので、わからないことがわかっていない状態です。またおそらく1年を通して、ようやくわかる業務の流れや全体の業務量など…だと思うので、現在の時点で、アンケートに正答できたかどうか不安ではあります。しかし、半年、携わってみて、奥の深い魅力のある業務だと感じています。SW職として、自らが理解を深めながら、面接等、経験も積み重ね、知識も増やし、日々取り組んでいけたらと思っています。
- ・ワーカーとして、スタッフ、保護者、本人、それぞれの立場を理解しつつ問題解決へ進める。これがとても難しく、時間がかかるのだが、上司に理解が得られない。
- ・医療型ではなく福祉型施設なので、設問に答えづらい項目が多かったです。SWだけの役割でなく、係長業務の1つとしてのSWです。
- ・医療型障害児入所施設兼Hospを運営しており、Hospの方の医療ソーシャルワーカー的な立場にいます。(本来福祉法人の総合職です。) 本来、専門的医療知識がある程度ある方がなるべきと思いますが、特にそういった勉強をしていない方を配置しています。配置された人は特に上司から仕事を教えてもらえるわけでもなく、1~2年で異動してしまうのが実情です。人の確保、現場の大変さが理解されていないと思います。更に福祉法人に所属していますが、公的機関を委託されているため、Hospに派遣とされているような形です。県職員と福祉法人の職員が入り交じり、働きにくさがあります。
- ・基本的にケアワークが中心で、SW業務はほとんど出来ていない。実習の受け入れや研修をするたびに、資格の意味がないと感じている。また、育休や産休のため職員が不足し、SW業務以外の業務が振り分けられるため、ますますSW業務が出来ないでいる。
- ・急な対応を要する相談があると、その時点で予定していた業務はほとんどできなくなります。また、終業時間間際であってもTelがつながれば相談対応をせざるを得ず、個人的な時間も奪われる気分になり疲弊します。虐待ケースの対応についてはDr、リハスタッフの中には明らかに「自分には関係ない」「できればかわりたくない」という姿勢の人がおり、認識の甘さを感じます。
- ・業務量が多く、毎日勤務外労働をしている。しかし、上司は時間外手当の支給を認めていなく、全てサービス残業となっている。また、学会・研究発表を命じられ、取り組んでいくがこれも全てサービス残業である。そのため、学会・研究発表直前になると資料作成のため、通常業務終了後に準備するため、連日5時間程度サービス残業をしている。黙認している病院や上司に改善を求めたいが、なかなかできない。これでは、健康に長く働くことができない。
- ・今回SW担当職員向けのアンケートですが、現在私はSW専従ではなく、SW的な仕事を(新規利用希望者の面談、入所者のサービス更新、個別支援計画を担当職員と作成etc. ※サビ管も兼務しています。)受けもっている課長職です。前記したようにその他施設の修膳、小口現金の入出金なども私の担当業務なため、現場の把握もままならないのが実情であります。

- ・私の業務は、SWと言っても年に1～2人の措置児に対するもので、当該措置児についても、保護者面談や、家庭復帰に関しては、管轄の児童相談所のケースワーカーが主として動くため、この調査対象としてなじまないのかもしれませんが。私は、県職員の行政職であり前歴は、総務事務や農政業務です。現在、県立施設に異動して、ケースワークを担当するため、このアンケートに答えましたが、調査項目のいずれにも該当しないものが多いため、参考にならないのではないかと思います。
- ・児童施設入所児童40数名の児童施設退所後の進路を全員分担っている。家庭復帰、成人施設、グループホームと進路先は其々違う。家庭復帰も安心して家庭に戻れるケースは少なく、何らかの不安や課題を抱えての復帰となるため、保護者も交えての会議や保護者抜きでの打ち合わせも必要となり、関係者でスクラムを組んでの数年計画の長期戦となることもある。それでも、家庭復帰した後、半年も経たずに家庭復帰が破綻するケースもある。成人施設については、〇県全体、県外に於いても空きが無い状況の中、保護者が我が子に少しでも合った施設を選びたいと色々な施設見学に足を運んでも、空きが無いために、希望の施設には入れず、『待機を掛けている施設の中で、何らかの事情で空きが出た施設』から声を掛けてもらったら、その時点で、[学校を退学]して移行しなければいけない現状にあります。入れてくれる施設があれば、そのタイミングを逃すことは出来ないからと保護者も決断せざるを得ない状況です。同様に、グループホームも保護者や本人が望む地域に空きはなく、空きがあるところは、児童に見合った支援体制に無い所が多く、移行に繋げる事が難しいです。人生の節目である『卒業』を諦めての新生活のスタートとなるのは、本人、ご家族、支援を行っている私共も残念でならない現状にあります。日々努めていても喜んで送り出せていない現状に虚しさと非力を感じています。
- ・児童相談所からの訪問(措置入所者)が極めて少なく連携と言えない。報告に様式があるわけでもなく、要請されるわけでもないため、このままで良いのかと感ずることがある。
- ・自分はSW職ではなく看護師として長年勤務してきた。病院の統廃合の為、系列の医療型障がい者入所施設への異動(10年前)へ。そこで発達障害や重度心身障がいを抱える児童やその保護者との関わりを通して多くの事を学びました。今年(H28)更に聴覚障害を主とする福祉型障がい児入所施設に異動となりました。前の職場に比べて人数が少なく、SW相当の業務も担当しなければならないとのことで、正直、負担に感じています。(知識や経験も不足しているのではと)職場の上司からは、『サビ管』研修受講等をすすめられています(来年)障がい児をもつ児・その保護者を含めての様々な問題について悩みが多く、異動希望しての現職場ですが、専ら直接的な看護業務よりも調整役のような役割が多く、長期的な方針については、保護者や児童相談所・学校などとの話し合いや日々の支援の積み重ねがあり、学びつづけなければならないと思いながらも日々の業務に追われたりして気持ちに余裕なく、夜勤もしていますので、時々体調も変調し易く若い頃よりも頑張りが効かない現状です。障がい児入所支援については、職場環境と障害に関しての知識を持っていないと、虐待につながりかねないことが多数あります。「人権」が問われる場所と感じています。関わる人達が行政職も関係なくSWや看ゴの視点のある研修受講してもらったほうがよいと思います。大変な仕事なのに福祉系の職場は人員も職業業務内容も低くみられているような気がします。
- ・質に関して、外部に調査を依頼するとかもう少し評価についてとりくみがあると良いのと思う。民間の企業みたいに、シビアにやってほしいと思うことはある。
- ・障がい児支援で、やりがい、モチベーションはあるが、人員不足で十分な支援が出来ず、子ども達にとっても不自由さを与えている。社会的養護の子ども達を支援するスタッフの給与も低く、新しく入職する人がとても少なく感じる。「人を育てる」というとても大事で、やりがいのある職場が、疲弊している姿を見て、残念に思う。人員配置をしっかりと設けて、ゆとりのある支援が出来れば、子ども達の心のケアが出来、十分に満たされると強く感じます。この仕事が、社会的に魅力ある物になり、未来の子どもが心身とも健やかに、育つ事を心から願っています。
- ・障害児入所施設には、ソーシャルワーク担当職員は配置されておらず課長クラスの職員が任うことになりませんが、入所児の直接処遇業務にも当たっているため思うように業務を行えない実態があります。児童施設



は、進路の確保とアフターケアが不可欠の業務であり、実際にそのニーズが年々高まっており、専任スタッフの確保が強く望まれるところです。

- ・職場全体のメンタルヘルス ストレスマネジメントの必要性
- ・人それぞれいろいろな意見があり、たくさん子どもを入れると嫌がる人もいるが、施設存続のためには入所者は必要。それが分かってももらえないときがある。 CWは1人しかおらず、4事業所+外来を抱えているため多忙で孤独だが、その分、他スタッフも福祉知識豊富でカバーしてくれている。 施設内虐待は絶対はないが、職員の言葉かけが入所者に対して失礼ではないかと思うことがある。 公立ということもあり、手厚く、整備も充実しているが、採算は大赤字なので、存続していけるかどうか、本課で大きな問題になっていることが心配。
- ・人事異動にて配属された為、経験が浅い為、勉強中
- ・組織ができあがっておらず、旧体質がある。 SWの役割と事務の役割と区別されていない。
- ・相談の面談記録だけではなく、入所、退所に関係する事務手続きや作業もとても多い。 手続きや事務作業に使っている時間を少なくすれば、利用者に対してかかる時間を増やせるが、現状では、中々難しい状況です。
- ・相談業務を希望し入職した為やりがいはとてもあると感じます。 色々な経験をさせて頂いて職場はとても恵まれていると思います。 日々の支援に追われて精一杯な時もあるので、上手に気分転換をしながら初心を忘れず、連携し一人で抱えこまずに取り組んでいきたいと感じます。
- ・相談支援に対する評価が低い。 誰でも出来ると思われがちだが、面接技術や知識・経験等が必要。 相談支援員であっても、事務処理、雑務に追われていたり、根拠に基づかない支援をしている人も多い。 相談支援は、社会福祉士等、資格を有した人にすべきだと思う。
- ・当施設において現在70名定員に対し、73名（105%マックス）の児童が入所利用しており、また入所児童の多くが、発達障がい（AD、HD）等を伴う、支援困難事例で施設に入所になっているケースが多い。 且つ、家庭状況も様々で、家族支援が必要な家庭も多い。 児相と連携して行っているが、理解困難な家庭や、本児に悪影響が及ぶ状況もあり、対応に苦慮しています。 施設の配置基準は従来のままであり、人材不足、且つ専門職（臨床心理士等）がいない状況の中、他の機関（鑑別所等）のサポートを仰ぎながら対応している状況ではあるが、職員もゆとりが持てない現状で心身ともに疲弊してしまい、バーンアウトに繋がるのではと心配しています。 実習生の受け入れも多いが、実習で施設の厳しい状況を目の当たりにして、将来、施設を希望する学生はさらに減っている様に感じます。 全てにおいて悪循環になっており、これはいち障害児入所施設に限ってのことではなく、日本の家庭力の不足（子どもを産み育てる力、養育力）、教育の衰退、情報社会の悪影響、豊さのはき違い、コミュニティの崩壊等、様々な要因があると思います。 一施設職員に解決策など皆無ですが、今自分ができることを一つひとつ精一杯やっていくしかないと思っています。 自分の心を守りながら。 福祉の心が世界平和の原点と、願っています。 よろしくお願い致します。
- ・当施設にはSW担当として明確な配置はありません。 保育士・児童指導員がそれぞれ担当児童にかかるSW業務を任めています。 アンケート記載職員は、管理職の1人として主に児相對応（入所・一時保護委託）関係機関（行政・学校・他事業所等）対応しているので代表して記入しました。
- ・日中は外部からの電話対応や保護者・関係機関との面談等に時間が割かれるので、書類業務は勤務時間外に行うことが多くなる。 SW職の人材が増えるとよいとは思いますが、現場の職員数もギリギリの状態なので、難しいと感じている。
- ・保護者のニーズに対して、支援を展開していく中で、受け入れ先の人員不足や条件に合わないことなどで、適切と考えられる支援が展開できないことがあり、受け皿の不足を感じています。
- ・明確な仕事内容が決まっている訳ではなく、臨機応変な動きが求められ、自分の感覚やセンス、能力次第だと感じる事が多々あります。 困った時は周りに助けていただいています…。 子ども達やその家族の人生にかかわっているということを忘れずに、常に自分自身を磨いておかないといけないなと感じます。

ソーシャルワークの業務と、他の業務とを兼務していて、やりやすさを感じる面もあれば（子どものことがより分かる等）、反対にやりにくさを感じたり、動きを取りづらかったりする面もあると感じます。

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（研究代表者 北住映二）  
分担研究報告書

**障害児入所施設（福祉型および医療型）における職員の業務のタイムスタディによる検討**

研究分担者 米山 明、小崎 慶介、小山 友里江  
研究協力者 水流 純大（あさひが丘学園） 鶴木 順子（法然寮）  
石井 啓、柳 淳一（袖ヶ浦のびろ学園）  
井合 瑞江（神奈川県立こども医療センター重症心身障害児施設）  
市川進治（精陽学園） 金井 剛 中西 大介（あすなる学園）  
黒川 明江（ノビロ学園） 中村 隆（若久緑園）  
原 健一郎（四天王寺太子学園） 仁宮 真紀（心身障害児総合医療療育センター）

**要旨**

平成 28 年度の本研究における、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設の実態調査の結果を踏まえ、直接支援職員（保育士・児童指導員など児童の生活を直接支援、対応業務する職員）の業務内容（利用児童への直接支援、会議、関係機関との連携内容など、業務時間等）を把握し課題を明らかにするために、10 施設を対象として、タイムスタディ調査を実施し、その結果を分析考察し報告する。また、結果を踏まえ、今後の障害児入所施設の有るべき姿を提言報告する。

タイムスタディから、食事や入浴、登下校の準備や送迎など繁忙時間帯の多重業務の実態が明らかとなり、障害児ゆえに必要な日常の生活支援に追われ、被虐待経験のある障害のある入所児童が、その被虐待経験に配慮したケアやいわゆる治療的養育などが十分にできていない実態が示されている。被虐待経験のある障害児入所が増加している状況で、職員配置基準の見直しが必要と考えられた。

今後の障害児施設のあり方について、被虐待経験のある障害のある入所児童が、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「良好な家庭的環境」で育つために、今回のタイムスタディ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】**

「厚労科研 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 29 年度の研究として、今後の障害児施設のあり方について、被虐待経験のある障害のある入所児童が施設生活で安全・安心できる環境提供を前提に、より家庭的な養育を受ける為に、施設構造を含めた環境を含めた、支援の実態を把握する為のタイムスタディ調査を行い、結果を考察し、今後の障害児入所施設のあり方について提言を含む報告をする。

尚、倫理的配慮が必要な調査であるため、研究代表者および分担者の所属機関において、各機関の研究倫理委員会の承認を得た。調査対象者からの説明と同意を得た上で、プライバシーに十分な配慮をした上で実施した。また、平成 28 年 4 月施行の「障害者差別解消法」に準じて差別的取り扱いのないようされに、合理的配慮をもって研究を行った。

## 【対象と方法】

### ＜対象施設＞

対象施設は、旧体系の障害種別施設を参考に、以下の 10 施設とした。

- ①神奈川県子ども医療センター（医：重症）
- ②東部島根医療福祉センター（医：肢体）
- ③心身障害児総合医療療育センター（医：肢体）
- ④四天王寺太子学園（福：肢体）
- ⑤法然寮（福：聴覚）
- ⑥精陽学園（福：肢体）
- ⑦袖ヶ浦のびろ学園（福：自閉）
- ⑧ノビロ学園（福：知的）
- ⑨あさひが丘学園（福：知的）
- ⑩若久緑園（福：知的）

### ＜対象者＞

保育士、児童指導員、看護師、臨床心理士など、直接子どもと関わる職員とした。

### ＜調査期間＞

平成 29 年 10 月 1 日から平成 30 年 1 月 31 日まで、調査対象時間は平日と休日のそれぞれ 24 時間とした。

### ＜方法＞

- 1) 10 施設それぞれにタイムスタディ実施シートと業務コード（別紙コード表 参照）を配布した。

調査実施者に、実施シートへ 1 分間ごとの業務内容を記載するように依頼した。（その場ですぐに記載出来ない場合を想定し、ボイスレコーダーによる音声記録（一部ウェアラブルカメラによる記録）を実施し、それと照合して、別時間に実施業務を振り返り記載するように依頼した）

- 2) 1 分毎に記載したシートを基に、15 分毎の表を作成した。（別紙シート参照）

### ＜分析方法＞

各施設から出された 15 分毎の表（もしくは 1 分毎の表）を基に、A から F の業務コード別に分数ごとの積算を Excel に入力してグラフ化した。

注 1 ※平日と休日、どちらか一方の施設もある。

注 2 ※複数の職員が実施している場合は、代表の一人のデータをグラフ化した。

注 3 ※保育士・児童指導員以外の職員が対象の場合は、素データを掲示した。

## タイムスタディ業務コード

福祉型および医療型施設で日常的に実施されている主な業務（支援内容）を 6 つに分類し、記号化（A～F）しコード表とした。A～F の業務名は以下のとおり。

＜入所者に関連する業務＞ A：相談・ケアマネジメント業務 B：生活介護業務

C：医療・リハビリテーション・健康管理業務 D：社会参加支援業務

＜入所者以外のサービス利用者（短期入所・通所等）に関連する業務＞ E：地域生活支援業務

＜その他＞ F：その他業務

タイムスタディ業務コード					
業務分類			参考（通所者に関連する業務）		
◆入所者に関連する業務(H16・26年 松葉佐先生調査コード一部改変)			◆利用児に関連する業務(H26うめだあけぼの学園改訂版を修正)		
A. 相談・ケアマネジメント業務			A. 専門的支援のための業務・相談支援・家族支援・職員連携・地域連携		
項目			コード	業務例(児童発達支援・放課後デイの該当項目と内容)	
A1	利用者に対する面談・面接・相談				
A2	利用者の生活全般の調整、利用者相互間、職員との融和、苦情処理				
A3	家族に対する説明・家族に対する情報収集、家族に対する指導・助言				
A4	職員間の連絡(情報の共有)				
A5	外部・他機関との連絡				
A6	ケア関連会議				
A7	ケア関連の記録・確認、関連記録の整理				
A8	個別支援計画の作成				
A9	利用者との契約・契約内容の見直し				
A10	送迎(バス・送迎車)				
A11	その他				
B. (専門的)生活介護業務					
項目					
B1	見守り				
B2	清潔・整容	声かけ・聞き取り			
B3	直接介助、事前準備、後片づけ				
B4	見守り				
B5	更衣	声かけ・聞き取り			
B6	直接介助、事前準備、後片づけ				
B7	入浴	入浴			
B8	排泄	排泄			
B9	見守り				
B10	食事	声かけ・聞き取り			
B11	直接介助				
B12	事前準備、後片づけ				
B13	起居・体位変換	見守り			
B14	声かけ・聞き取り				
B15	直接介助、事前準備、後片づけ				
B16	見守り				
B17	移乗	声かけ・聞き取り			
B18	直接介助、事前準備、後片づけ				
B19	移動	見守り			
B20	声かけ・聞き取り				
B21	直接介助、事前準備、後片づけ				
B22	見守り				
B23	体位・姿勢保持	声かけ・聞き取り			
B24	直接介助、事前準備、後片づけ				
B25	見守り				
B26	補装具・自助具の着脱	声かけ・聞き取り			
B27	直接介助、事前準備、後片づけ				
B28	見守り				
B29	行動障害への対応	声掛け、聞き取り			
B30	直接介助、事前準備、後片づけ				
B31	見守り				
B32	測定	声かけ・聞き取り			
B33	直接介助、事前準備、後片づけ				
B34	見守り				
B35	代理行為	声かけ・聞き取り			
B36	直接介助、事前準備、後片づけ				
B37	環境整備	見守り			
B38	声かけ・聞き取り				
B39	直接介助、事前準備、後片づけ				
B40	就寝介助	見守り			
B41	声かけ・聞き取り				
B42	直接介助、事前準備、後片づけ				
B43	ナースコール対応	ナースコール対応			
B44	寝具・リネンの交換	寝具・リネンの交換			
B45	洗濯	洗濯			
B46	物品管理	物品管理			
B47	金銭管理	金銭管理			
B48	入所者衣類の買い物	入所者衣類の買い物			
B48	会話(挨拶・対話・雑談)	会話(挨拶・対話・雑談)	B481	他に該当しない会話、挨拶、雑談など スキンシップ、ノンバーバルコミュニケーションも含める。	
B48	会話(心理的援助・助言・指導)	会話(心理的援助・助言・指導)			
B48	遊び・活動／個別7:フィードバック(注意、制止、禁止)→B46	遊び・活動／個別7:フィードバック(注意、制止、禁止)→B46	B482		
B48	遊び・活動／集団6:フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46	遊び・活動／集団6:フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46	B483		
B48	遊び・活動／集団7:フィードバック(注意、制止、禁止)→B46	遊び・活動／集団7:フィードバック(注意、制止、禁止)→B46	B484		
B48	対人行動6:フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46	対人行動6:フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46	B485		
B48	対人行動7:フィードバック8:注意・制止・禁止)→B46	対人行動7:フィードバック8:注意・制止・禁止)→B46	B486		
B48	行動5:フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46	行動5:フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46	B487		
B48	行動6:フィードバック(注意、制止、禁止)→B46	行動6:フィードバック(注意、制止、禁止)→B46	B488		
B48	ニーズ把握(会話以外)	ニーズ把握(会話以外)			
B49	入退所・入退院	入退所・入退院			
B50	その他の見守り	その他の見守り	B501	入室時の出迎え・見送り、支度の見守り	
B50	その他の見守り	その他の見守り	B502	その他の見守り(健康状態、安全確認など)	
B51	その他	その他			

C. 医療・リハビリ・健康管理業務					
	項目 医療的ケア				
	C1	投薬	投薬		
	C2	処置(吸引)(口腔・鼻腔・カニューレ内)	準備・後片付け		
	C3	処置(経管栄養)注入・水分補給(胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養)	実施		
	C4	処置(経管栄養)注入・水分補給(胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養)	準備・後片付け		
	C5	処置(経管栄養)注入・水分補給(胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養)	実施		
	C6	処置(導尿/自己導尿)	準備・後片付け		
	C7	処置(導尿/自己導尿)	実施		
	C8	処置(その他)	準備・後片付け		
	C9	処置(その他)	実施		
	C10	1. 点滴の管理(持続的 処置)			
	C11	2. 中心静脈栄養 (ポートも含む)			
	C12	3. ストーマの管理 (人工肛門・人工膀胱)			
	C13	4. 酸素療法			
	C14	5. 吸入			
	C15	6. 人工呼吸器の管理(侵襲、非侵襲含む)			
	C16	7. 気管切開の管理			
	C17	10. インシュリン療法			
	C18	12. カテーテルの管理(コンドーム・留置・膀胱ろう)			
	C19	13. 浣腸 (市販の物以外の座薬も含む)			
	C20	14. 排便			
	C21	15. じょく瘻の処置			
	C22	16. 疼痛の管理(がん末期のペインコントロール)			
	C23	検査・測定	検査・測定		
	C24	院内診療所介助・援助	院内診療所介助・援助		
	C25	他院受診援助(通院)	他院受診援助(通院)	【参考】以下、(行動の詳細項目)	
	C26	他院受診援助(入院)	他院受診援助(入院)	行動1: 見守り	
	C27	栄養管理・補液	栄養管理・補液	行動2: 誘導・指示	
	C28	緊急対応	緊急対応	行動3: モデル・説明・教示	
	C29	感染予防	感染予防	行動4: 直接的援助・介助	
	C30	理学療法・身体機能訓練	理学療法・身体機能訓練	行動5: フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46	
	C31	言語療法	言語療法	行動6: フィードバック(注意、制止、禁止)→B46	
	C32	作業療法	作業療法	個別療育	
				その他	
D. 社会参加支援業務					具体的業務コード
	項目				
	D1		事前準備		
			行事実施・活動中の援助	D21	遊び・活動／集団1: 見守り
				D22	遊び・活動／集団2: 子供の遊びへの
				D23	遊び・活動／集団3: 誘導・指示
				D24	遊び・活動／集団4: 提示・モデル・説明
				D25	遊び・活動／集団5: 直接的援助・介助
				D26	遊び・活動／集団6: フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46
				D27	遊び・活動／集団7: フィードバック(注意、制止、禁止)→B46
	D3		後片付け		
	D4		その他		
	D5		事前準備	D61	遊び・活動／個別1: 見守り
	D6		行事実施・活動中の援助	D62	遊び・活動／個別2: 子供の遊びへの
	D7		後片付け	D63	遊び・活動／個別3: 誘導・指示
	D8		その他	D64	遊び・活動／個別4: 提示・モデル・説明・教示
	D9		事前準備	D65	遊び・活動／個別5: 直接的援助・介助
	D10		活動中の援助	D66	遊び・活動／個別6: フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46
				D67	遊び・活動／個別7: フィードバック(注意、制止、禁止)→B46
				D100	対人行動1: 見守り・観察
				D101	対人行動2: 子供の仲間遊びへの参加
				D102	対人行動3: 誘導・指示
				D103	対人行動4: モデル・説明・教示
				D104	対人行動5: 仲介・直接的援助
				D105	対人行動6: フィードバック(共感・褒める・励ます)→B46
				D106	対人行動7: フィードバック8: 注意・制止・禁止→B46
				D107	事業所外での活動(散歩など)1: 見守り・観察
				D108	事業所外での活動(散歩など)2: 遊びへの支援
				D109	事業所外での活動(散歩など)3: 行動への支援
	D11		後片付け		
	D12		その他		
	D13		事前準備・下調べ等		
	D14				
			散歩(屋外)		
	D15	外出(1日以内)	買い物への付き添い		
	D16		各種サービス利用のための送迎		
	D17		地域交流のための外出への同行		
	D18		その他外出先への同行		
	D19		後片付け・事後手続		
	D20		事前準備		
	D21	外泊・旅行(一泊以上)	外泊・旅行先への同行		
	D22		後片付け・事後手続		
	D23	自治会・当事者活動への支援	自治会・当事者活動への支援		
	D24	その他	その他		
◆入所者以外のサービス利用者(短期入所・通所等)に関連する業務				◆	
E. 地域生活支援業務					
	項目				
	E1	地域生活支援業務	地域生活支援業務		
◆その他				◆事業所全体の活動に関する業務、その他	
F. その他業務				F. 事業所全体の活動に関する業務	
	項目				
	F1	直接個別の利用者に関連しない職員の諸業務		F11	①全体会議
				F12	②機能・目的別会議
				F13	③書類作成
				F14	④職員情報交換
				F15	⑤環境整備
				F16	⑥職員育成・研修
				F17	⑦その他
	F2	休憩、食事、使用等、職員の業務外の行動			
	F3	その他		A7	

障害児入所支援の質の向上を検証するための研究（H29年度）タイムスタディー（1日）										No.1
記載者		職種			勤務					
実施日	平成29年	月	日	曜日						
時刻	実施コード	備考			時刻	実施コード	備考			
8 : 00					8 : 30					
8 : 1					8 : 31					
8 : 2					8 : 32					
8 : 3					8 : 33					
8 : 4					8 : 34					
8 : 5					8 : 35					
8 : 6					8 : 36					
8 : 7					8 : 37					
8 : 8					8 : 38					
8 : 9					8 : 39					
8 : 10					8 : 40					
8 : 11					8 : 41					
8 : 12					8 : 42					
8 : 13					8 : 43					
8 : 14					8 : 44					
8 : 15					8 : 45					
8 : 16					8 : 46					
8 : 17					8 : 47					
8 : 18					8 : 48					
8 : 19					8 : 49					
8 : 20					8 : 50					
8 : 21					8 : 51					
8 : 22					8 : 52					
8 : 23					8 : 53					
8 : 24					8 : 54					
8 : 25					8 : 55					
8 : 26					8 : 56					
8 : 27					8 : 57					
8 : 28					8 : 58					
8 : 29					8 : 59					
8 : 30					: 00					

## 【研究結果】

各施設ごとのタイムスタディのまとめと考察の後に、A から F までの業務量をグラフ化した図を掲載した。

## 【考察】

- ・ 1 時間（60 分）という時間のうち、実施している業務を積算していくと、60 分以内に収まらない時間帯が目立つ。つまり、一人の職員が同時刻に多重課題を実施しているという現実が顕著に表れた結果となった。例えば、⑩若久緑園の 12 時台の業務を換算すると、コード B（生活介護業務）が 150 分という結果になっており、同時刻に多重課題が発生している現状が明らかになった。さらに、一人の職員が 60 分のうちに 150 分に相当する業務を行わざるを得ないという現状も明らかになった。
- ・ 業務コード B（生活介護業務）にかかわる時間が多い傾向にある。医療型・福祉型問わず、それぞれの施設に入所している子どもの重度化・重症化が背景にあるものと推察する。
- ・ 福祉型の施設に入所している子どもに対しては、日常生活支援と共に、社会参加支援も重要であるが、今回のタイムスタディの結果からは、業務コード D（社会参加支援業務）の割合は各施設ともに少ない傾向にある。これは前述したように、生活介護業務の多重課題に追われ、勤務時間内に社会参加支援を実施することが困難であることが推察できる。
- ・ 尚、⑨あさひが丘学園は、「小規模グループケア」を実践しており、大舎制から小舎制に変更（平成 28 年）した経過がある。それにより「家庭的な環境」が提供しやすくなったことを報告しており、別項で報告する。

## 【タイムスタディ①～⑩ 報告】

各施設のタイムスタディの結果とまとめは、以下のとおりである。

### ① 神奈川子ども医療センター（医：重症）

神奈川県立こども医療センター 重症心身障害児施設 におけるタイムスタディ調査

2017 年 12 月 25 日 報告版

実施 2017 年 12 月 7 日～12 月 14 日

対象職種 ①看護師 12 月 7 日（木） 24 時間  
12 月 14 日（木） 24 時間

#### ②福祉職

- ・ 児童指導員 12 月 9 日（土） 2 名
- ・ 保育士 12 月 6 日（水） 2 名
- ・ 相談担当 12 月 6 日

方法：対象① 自己記録 および 観察者による記録

対象② 15 分毎の自己記録

結果：①は生データもふくめて添付 ②は集計結果表 5 回分を word ファイルで 添付

福祉職：相談担当の業務のうち外部機関あるいは親との時間は、日勤勤務（8：30～17：15 休憩 1 時間）40 分と少ない日であった。調査日により変動する可能性がある。

保育士・児童指導員による業務内容の大きな差はない

12 月 9 日は行事日で、保護者も多く来所され、会話もあったがカウントされず。



1時間の療育時間は確保されている。

12月6日は平日の流れ：療育時間としては45分程度。移動・移乗に要する時間が111・167分と多い。学校への登校者が多いことも影響ありかと思える。

看護師：平日の24時間を2日間で検討

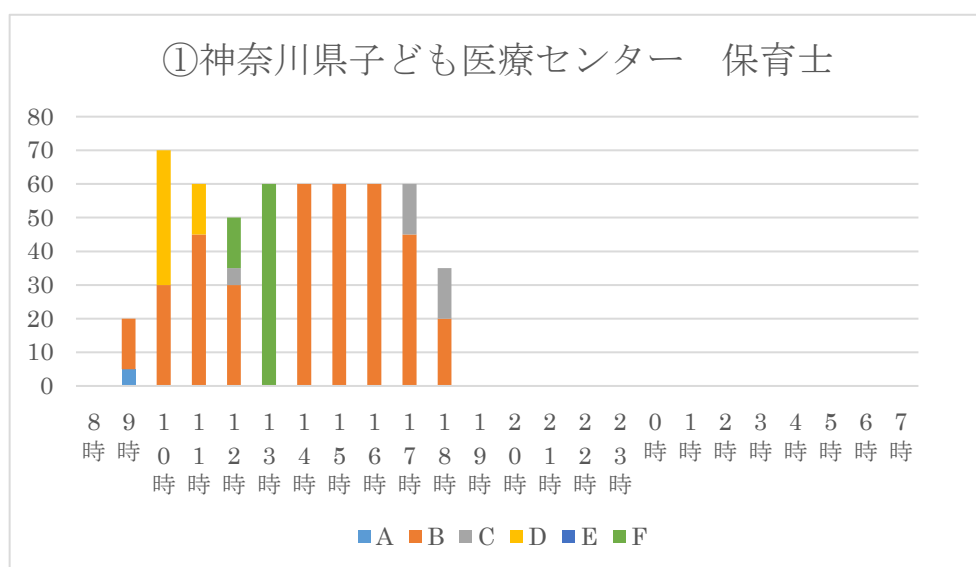
処置をしながらの話しかけや背中さすり等のかかわりは、時間に反映されない。

手洗い等の感染予防についても、ほぼ入らず。オムツ交換・医療処置の対象が変わる毎に移動して処理するため動線も長くなる。

投薬内容・注入内容のチェック・カルテ確認も時間として反映されなかったが電子カルテ導入後に生じた行動である。

登校している時間に未就学児へのかかわりが数十分だができている。

アラーム対応が多く、処置におわれている現状がよくみえる。記録時間をうまく確保できる場合とできない場合があり 時間外へつながる。



## ② 東部島根医療福祉センター（医：肢体）

### （1）利用者の状況

- ・医療型障害児入所施設と療養介護事業の併設
- ・定員はあわせて90名。調査時の現員は85名（内訳：児童8名、児童以外77名）

### （2）実施日と職種

- ・各職員において15分毎の支援内容等をコード化して記入。

H30.1.13（土） 療育支援員（早番6:30～15:00／日勤8:30～17:00／遅番12:30～21:00）

H30.1.14（日） 看護師（日勤8:30～17:00／準夜16:15～0:45／深夜0:30～9:00）

H30.1.17（水） 保育士（早番6:30～15:00／日勤8:30～17:00／遅番12:30～21:00）

### （3）感想・意見等

#### ■療育支援員

- 調査日は行事（かるた会）であった。行事時間中、利用者と楽しい会話をする等出来た。しかし、その他の時間は、食事、排泄（それに伴う移動、移乗、処理等）またそれと同時に行動障害者の見守りに多くの時間を費やしていることが、今回確認できた。行事がなければ、食事、排泄に費やしていたと推察。直接的介護も欠かすことができない業務であるが、利用者と会話やかかわりを楽しむ時間をいかに創出するか考える機会となった。
- 1つのことがらに対する行動で、コード分類をどうしてよいか判断に迷うことも多かった。（排泄のための姿勢保持介助・移送に関わる職員の移動など。）また、同時に重複して行っていることも多く、それぞれに対する時間把握・集計が難しかった。
- この日は行事もあり、自らの勤務が日勤だったことで、利用者の方と時間を共有することも多くできた。しかし日常では、食事・排泄などの介助に多くの時間がかかり、声かけ（聞き取りも含め）も、それに伴うものが多くなっているとあらためて感じた。
- 時間帯によって、何かしながら他のことをしたり見守ったりするなど重なる業務が多い。そのためコードで分類すること、要した時間を記入することが非常に難しかった。

#### ■看護師

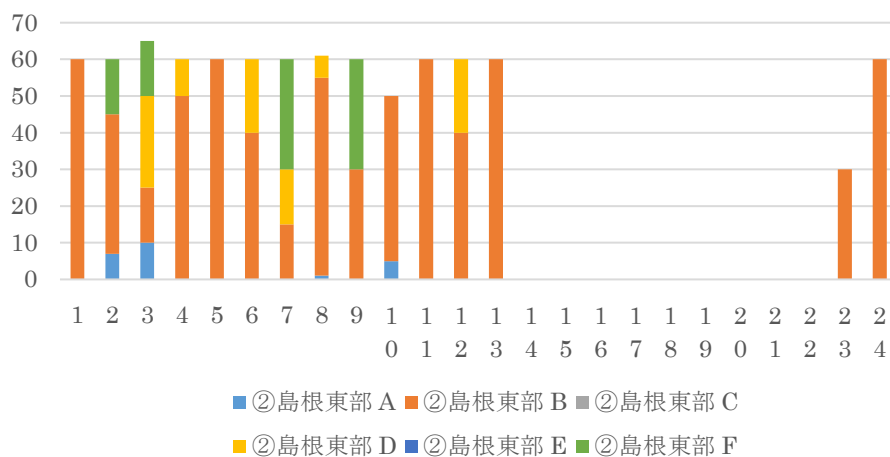
- 短期入所、通所利用者様も多くスタッフの人数も少なかったため、記録は勤務後になってしまった。
- 日曜日であったため外泊・外出から帰園された利用者の対応に時間がかかった。
- 軟膏や湿布など細々とした処置が多く、声かけコミュニケーションと同時進行してやっているため時間として表れにくい。
- 担当入所児者 35 名（内 3 名が外泊）、短期入所利用者 3 名、整形外科入院 1 名を担当
- 朝の処置、内服薬の準備に時間を要している。（内服薬については看護師 4 名が関わるが、アラーム対応と並行しておこなっている）
- 情報収集や内服薬準備・確認中のナースコール対応は主に支援員が行っているため、本調査では表れないコール対応もある（主に排泄、体位変換）。
- 5 時頃までは比較的落ち着いていた。（調査日は感染症罹患者はおらず、医療的処置は短期入所利用者のみであったため）
- 4～5 時台から覚醒される方、排泄介助のコール増加。
- 4 時台は基本休憩中だが、相勤（看護師、支援員）が対応できない場合はコール対応するので、ゆっくりと休憩は取れない。
- 3～6 時頃までの空いた時間で記録や受け持ち利用者のカルテ整理等を行っている。
- 5 時半頃からコール対応、起床介助が中心になる。7 時半ころまではコール対応にすぐ対応できず、お待たせすることがある。（他の利用者の介助中のため）
- 6 時半以降は早番スタッフと協働で行っている。起床介助や朝の処置を同時進行で行い、すでに居室から共有スペースに移動している利用者への安全確認、自立度の高い利用者への声掛けなど業務が集中かつ多岐に渡る。
- 支援員、看護師、保育士、児童指導員の協働体制で成り立っている。
- 記録や最終確認作業、後片付け等は勤務時間終了後になる。

#### ■保育士

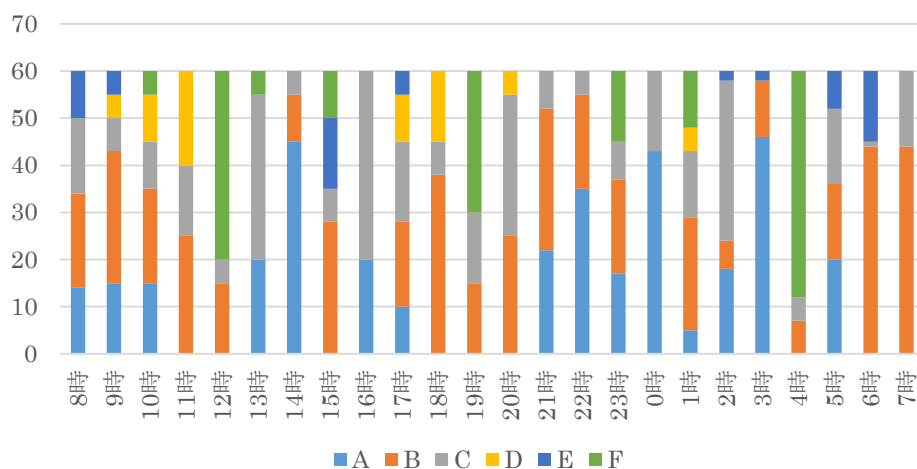
- 起床時からの勤務のため常に出会う方とは挨拶をするが、コードの記載はしていない。
- 日勤（8:30）が来るまでの食事は自立・部分介助・要介助の方 28 名を 4 名の職員で行うため、食事介助をしながらも常に部分介助の方への声かけや要望に対する対応に追われた状態である。

- 排泄に対応するまでの過程に移動・移乗等。排泄に関しても尿瓶・オムツ・トイレ誘導等あり、コードで表しにくかった。
- 保育や療育活動以外の時間は移動・移乗、排泄介助、環境整備や食事（おやつ）介助等、分単位で利用者の要望に応じながら業務を行っている。それをコードや時間に置き換えるのが非常に難しかった。
- 改めて自分達の業務が内容も時間も非常に細かく区切られている事を実感した。併せて、介護業務が多く、利用者の方とゆっくりコミュニケーションを図る時間が難しく、今後の課題であるとする。
- データからもわかるように、一つの介助をする場合、例えば排泄介助ならば、移動・移乗・体位変換・声かけ・聞き取り・汚物処理等、多くの時間を費やしていた。
- 食事介助中、余暇活動中、食事準備中もナースコールや訴えにより頻回にトイレ介助、オムツ交換が入り、一度に多くの対応を並行しなければならない状況であった。
- 食事は全介助・部分介助・行動障害等、常に見守りの方が同じ場所におられるので常に様々な所に気を配り、一日を通して介護的な業務におわれ、利用者とのスキンシップや余暇等、個別での関わりがあまりとれていないことが明らかとなり、今後どう関わっていくのか考えていかなければならない。

②東部島根療育センター 保育士



②東部島根療育センター 看護師



### ③ 心身障害児総合医療療育センター（医：肢体）

#### 1. 結果

看護師と保育士の各勤務帯において、1分毎に業務内容を記録した。

（調査研究では、15分単位であるが、分刻みでのタイムスタディ記録を実施）

#### ①用語の定義

自立児：独歩などが可能で比較的障害の程度が軽く、将来的には社会的自立を目指す子ども

多動児：肢体に障害はあるが動き回ることができ、危険認知が低い子ども

重症児：大島分類の1と2に該当する子ども

トランス：車いすからベッドや、プレイルームから車いすへの移動・移乗介助のこと

#### ②子どもの属性

自立児：Aグループ（8名）

多動児：Bグループ（5名）

重症児：Cグループ（23名）

#### ③職員の一日の配置人数

早番：4名（看護師3名+保育士1名）

日勤：リーダー（看護師2名）、フリー（看護師2名+保育士1名）

遅番：3名（看護師1名+保育士2名）

ズレ：1名（看護師または保育士1名）

準夜：3名（看護師2名+保育士1名）

深夜：2名（看護師2名）

#### <職員構成>

看護師：18名（常勤）、3名（非常勤）週3日以上勤務は1名のみ

准看護師：2名

保育士：6名（常勤）、1名（0～4日/月 勤務）

児童指導員：1名

臨床心理士：1名

#### ④看護師と保育士のタイムスタディ結果

##### 【看護師】

<日勤>実施日時：平成29年12月30日（土）

- ・8:00～9:13までは朝の排泄介助と更衣がメイン
- ・9:15からは自立児3名を看ながら（安全確認、遊びの援助、会話）、重症児4名の水分補給
- ・水分摂取後は、自立児との関わりをしながら重症児の整容、姿勢補助、日中訓練を実施
- ・11:00より早番が休憩に入り人員不足になるため、安全確保のために人員調整を行う
- ・11:13からは立位訓練を行いながら、プレイルームにいる子どもの安全確認を行い、さらに啼泣児に理由を聞くなどさらに多重課題になる
- ・午後は入浴介助に入り、移乗などのトランス回数が増える
- ・記録の記入は、業務終了後に行う
- ・さらに業務終了後に、子どもたちの行事の準備を行う

<夜勤>実施日時：平成29年12月31日（日）～平成30年1月1日（月）

- ・観察室に感染症児が3名入室していたため、職員配置の相談を頻回に実施

- ・観察室の子どもの食事介助を行っていたが、17:48 から不穏児がナースステーションに入室してきたため、食事介助を行いながら不穏児の気持ちを傾聴
- ・21 時頃より観察室児の就寝介助を行いながら、自立児が次々にナースステーションに入室してきており、子どもとの会話や自己導尿をしている子どもへの指導を行う
- ・もう一人の夜勤者が休憩に入った 0 時より、アラーム対応と不穏児、中途覚醒児への対応に追われる
- ・1 時～4 時までの空いた時間で記録を行う
- ・5:30 頃より朝の起床介助に入り、早番が来る 7 時くらいまで秒刻みでアラーム対応、オムツ交換、移乗、移動、安全確認、自立の促しの声かけなどの支援を行う

## 【保育士】

<遅番>実施日時：平成 30 年 1 月 3 日（水）

- ・12:20 より 40 分かけて摂食障害がある子どもの食事介助
- ・13:18～13:36 までアテトーゼで言語障害がある子どもの訴え（要望）を聞く
- ・13:40～15:03 まで 5 号室で多動児と重症児の水分補給、遊びの提供を行う
- ・危険行動回避のため、遊びは頻回に中断する
- ・就寝介助後、睡眠コントロール児の宿題の指導を行う

## 2. 考察

### ①煩雑な業務のなかで子どもの欲求に応えるためのスタッフの工夫

不定愁訴やアイデンティティー葛藤がベースにある子どもの話をゆっくりと聴いたり、子どもが落ち着ける場所に移動したりするなどの環境調整を行うことは勤務者には困難であるように感じた。そのため、スタッフが「今この時に、もっとじっくり関わらなければいけない」と考えていても、他の業務やルーチンがあるため、子どもに「5 分間だけならナースステーションで話すことができるよ」や、「今はお話しできないから、また今度ゆっくり話そう」などと言って、あらかじめ時間を区切ることを提示してから会話を行っていた。

「ちょっと待ってね」、「待てる？」というスタッフの言葉が聞かれ、スタッフが「子どもの要求に即座に応じるためにかかわる時間」は、6 号室の重症児、5 号室の多動児に対しても全体的に不足している感があった。しかし、スタッフはなるべく短い時間で子どもの欲求に最大限応えるための支援を工夫しながら行っていた。例えば、多動児の危険行動を回避するために、「その子どもの好きなおもちゃを探し出して渡しておく」、「好みの DVD や音楽をあらかじめ部屋に点けておく」などである。このように、多動児や発達障害がある子どもなどが病棟内で安心して落ち着いて過ごすことができるためには、スタッフの「その子どもの心理状態や好み、何がしたいかなどを想像して、その子どもが落ち着ける環境を先に整えておく支援」が行われていたからであると推測する。

### ②スタッフが多重課題に追われる時間帯

今回のタイムスタディは冬休み中の繁忙期であったが、看護師と保育士ともに遅番が業務に加わる 13 時～16 時は子どもとゆっくり関わるのが比較的可能であり、病棟訓練の実施や宿題・遊びの援助な子どもに対して一対一で行うことが出来ていた。また、私自身のⅡ病棟での経験からも 13 時～16 時は思春期で心理的に不安定な子どもたちも比較的落ち着いて穏やかに過ごすことのできる時間帯であったと記憶している。この時間帯は、子どもたちにとって、多くの職員が多くいることで安心感を得たり、病棟全体に活気がある時間帯であるので、寂しさや苦しさは紛れたり他児とのかかわりに集中できる時間帯であることから、気持ちが落ち着いて生活できるのかもしれない。一人で過ごしたいという希望がある子どもも、この時間は「スタッフの誰かがいる」という安心感があることによって、自室や学習室に安心して籠

ることができるのではないだろうか（Bowlby の愛着理論における安全基地のような概念）。

その一方で、看護師の朝 5 時～9 時（深夜帯、早番、日勤）、保育士の朝 7 時～9 時（早番、日勤）の業務は繁忙を極めていた。今回の調査は 1 分ごとの業務を記述したが、分単位ではなく秒単位で多重課題をこなしている状況があった。例えば、看護師の 6:38～6:53 までの 15 分間はかなりの煩雑さであった。重症児を車いすにトランスさせて食堂に移動しながら、自立児への声かけ・体調把握、頻回になる病児のアラーム対応、自立児のコール対応、多動児の安全確認などの多重課題が秒刻みで重なり、看護師は小走りになってケアを行っていた。もう一人の夜勤者も、重症児部屋の処置などで手いっぱい状況であった。看護師は、「この時間帯は看護師 2 名だけで 36 名を看ているので、急変や事故とかがあったら、もう対処できません。それがいつもすごく不安です。」と語っていた。この状態は概ね 5:30～7:00 まで続いていた。

さらに、深夜帯でもう一人の看護師が休憩に入った 0:07～0:34 の 27 分間には、重症児のアラーム対応、啼泣する不穏児への傾聴、観察室にいる病児の対応と、いつくもの多重課題を同時に行っていた。このような状況では、アラーム対応や観察児へのケアが優先となり、啼泣している不穏児への対応は後回しになってしまう。そのことに対して、看護師は「泣いている子どもは気になるけど、アラームがなかったらどうしようもないから心苦しいです」と語っていた。

保育士については、朝食から登校までの時間は、「嵐のような時間」と語っていた。医療処置がない子どもをメインに排泄と更衣介助を行うので、概ね多動児を中心に援助を行っていた。また、日中も多動児部屋（5 号室または 7 号室）に中心に入るため、一人の保育士で多動児 5 名～7 名と医療処置がない子ども 2～3 名を部屋で担当していた。遊びの提供に関して、異食や転倒転落、他傷、自傷、器物破損などの危険性がつねに存在していた。多動児および行動障害がある子どもが多いため、保育士一人での集団保育の実施は困難であり、個別対応するにも安全確保のために常に全員を注視しながら行わなければならない状況であった。オムツ交換時など、どうしても全員に目が行きわたらない時は、子ども一人ずつを天蓋付き高柵ベッドに入れてケアを行っていた。

### ③子どもの生活の質を保つためにボランティア的働きを行うスタッフの存在

病棟行事（大晦日の子ども会食、初詣など）は、勤務者が担うことは難しい場合が多々あり、勤務外のスタッフがボランティア的に動くことによって実施することが出来ていた。今回のタイムスタディでは該当しなかったが、当該病棟で実施している個別外出や、ゆきんこなどの宿泊なども、勤務としてスタッフを捻出することが困難であるため、スタッフが自分の休みを使ってボランティアで実施している。施設入所している子どもの社会経験の拡大は、子どもの社会経験を少しでも拡大させたいというスタッフの想いから生じた行動によって支えられている現状がある。

6 号室の重症児に対しては、部屋担当の看護師が一人ついていて、さらにボランティアで来てくださる元桐が丘教員の 2 名体制で子どもと会話をしながらケアを行っていた。子どもたち（重症児、不穏児、多動児）の散歩や、異食や脱衣などの行動障害がある子どものつなぎ服の製作なども全てスタッフのボランティア的働きによって成されていた。

勤務者の内部ボランティアだけでは、限度があるため、今後は外部の学生ボランティアなどを導入することを推進していくことも有益ではないかと考えた（現在も募集中の状況）。

### ④病棟構造などのハード面によるスタッフの荷重負担

当該病棟の構造上、子どもたちの生活は基本的に床であるが、子どもの重度化や体重の増加により、各部屋にベッド配置がされていた（7 号室 3 ベッド、プレイルーム 2 ベッド、6 号室 6 ベッド、5 号室 5 ベッド、3 号室 3 ベッド、2 号室 1 ベッド、1 号室 3 ベッド、予備室 1 ベッド）。起床時、ベッドから車いす

(もしくは座位保持装置)へのトランスは、ベッドからの水平移動であるので、介助するスタッフにそれほど負担はかからないと推測される。しかし、夜勤看護師2名で約20名のトランスを行うため、疲労による腰痛の発生が危惧された。

また、日中はプレイルームに降りて生活援助を行うので、排泄介助や更衣、車いすへの移乗などの持ち上げを要する抱っこ・トランスは、子ども一人につき概ね8回～9回ほどを必要としていた。さらに入浴介助場面では、ストレッチャー式浴槽が一台しかないため、比較的体重が軽い子どもは床で洗体をした後、スタッフが抱っこして浴槽に連れていき、中腰で浴槽に入っていた。日中の活動および入浴場面でのトランスの多さや、子どもの体重増加による介護量の増加を考えると、今後はパートナーなどの介護用機械の導入が早期に求められるのではないかと推察した。

#### ⑤記録作業の多さ

看護師は、日勤帯で約35分、準夜帯で約73分、深夜帯で約127分を記録の時間として費やしていた。重症児の記録は経過記録であるため、アセスメントと記述方法に慣れていれば比較的端的に記述しやすい。しかし、行動障害児や愛着障害などの心理面に課題を抱えている子どもに関する記録は、①その行動が起こった前後関係の把握、②かかわったスタッフからの状況の聴取と整合性の確認、③子どもの状態の正確な記述、④今後の対応についての検討および提案などを要する。また、看護記録の記述には客観性と事実性が求められるため、主観的側面を入れないような記述の仕方が必要となる。そのため、一つのエピソードを記述するだけでかなりの時間と労力を要する。

しかし、このような子どものたちに適切な援助を行うためには、一つ一つのエピソードを丁寧に記述し、それをスタッフ全員が正確に把握しておくことが最も重要である。そのため、記録の時間を省いたり簡略化したりすることは出来ないが、今後は電子カルテなどを活用して、いかにスムーズに記述するかを検討していく必要があると感じた。また、同じ場面に遭遇しても、それぞれのスタッフによって記述の表現に差異が生じることもある。例えば、子どもが泣いている場面に対して、「甘えている」と捉えたり、「その子どもなりの自己表出が出来ている」と捉えたりして解釈に違いが出てくる。そのため、「その場のありのままの状況だけを記述する」ことを練習していくことが記録時間の短縮化につながるのではないかと考える。

また、倫理的な問題があるが、パニックなどのいわゆる問題行動とされる場面をICレコーダーで録音したりビデオで撮影したりしておく、より客観的な状況把握ができ、スタッフの関わり方を振り返りしやすくなることや、より効果的な関わりを検討していくためには有益ではないかと感じた。しかし、これには倫理上クリアしなければいけない課題が多くある。

#### ⑥子どもの生活の質を向上させるために各専門性を発揮するための工夫

看護師と保育士は、それぞれの専門性を発揮し、協働して子どもたちの支援を行っている。保育士のタイムスタディをとおして、保育業務よりは介護業務の方の意味合いが大きいのではないかという印象を受けた。多動児や行動障害児、重症児など介護を必要とする子どもが多いため、介護業務が多いのは仕方がないことであるが、本来の保育業務を行う時間を作ることで、さらに子どもの生活の質が向上し、成長・発達の促しになるのではないかと考えている。

Ⅱ病棟に配置されている保育士は6名であるが、日々の業務の中で直接援助から離れて、保育製作や遊び、グループワークのための準備時間などを週の中に設けると、より質の高い保育が提供でき、保育士の存在意義が大きいものとなるのではないだろうか。

#### ⑦所感

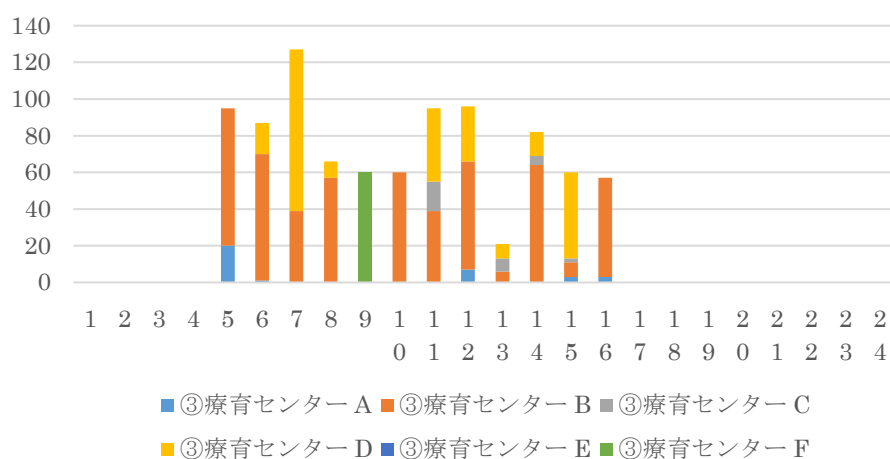
今回のタイムスタディをとおして、当該病棟の業務の煩雑さと、その中でも子どもたちを育てていこう

というスタッフの熱い思いを改めて実感した。重症児・多動児・自立支援児・心に課題を抱える子どもなどが一緒に病棟で生活するがゆえに発生する多重課題の中で、子どもたちにきちんと向き合えていないと葛藤しているスタッフもいた。

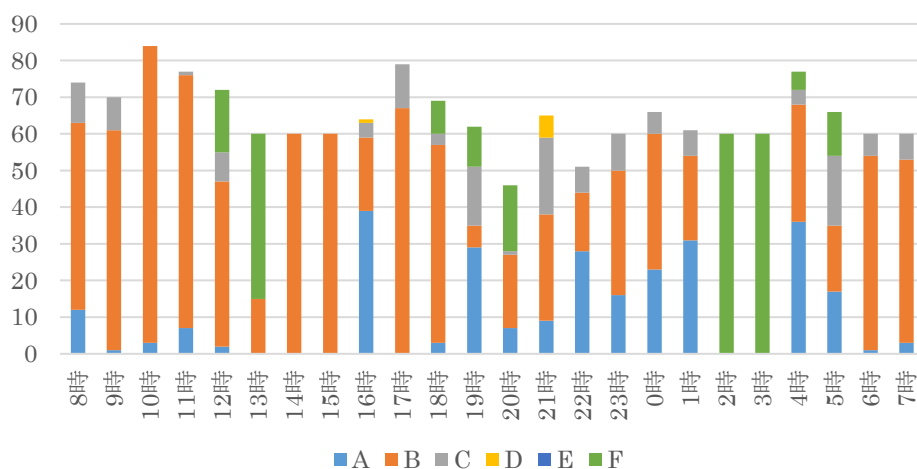
特に当該病棟では、心理面に問題を抱える子どもに煩雑な業務のなかでどのように対応していくべきなのかが常に大きな課題の一つである。今回のタイムスタディにおいても、スタッフは心に課題を抱える子どもに神経を遣いながら接している様子が垣間見えた。「〇〇ちゃんは、重症児3人分くらい手がかかる」と言っていたスタッフもいた。それほど、心に課題を抱える子どもへの対応は難しい。子どもの方は、その時々で自分に関わるスタッフを選んでおり（甘えられるスタッフ、丁寧に接したいスタッフ、距離を置きたいスタッフなど）、これは社会に出るにあたり重要な対処方法であると感じた。

心に課題を抱える子どもにとって、「子どもが静かであること=子どもが安寧な状態である」ではなく、「泣いている=不安定」でもなく、「パニックになる=今その時が嫌」でもない。これらのことから子どもの生活の質の向上を考えると、子どもにとってのキーパーソン（子どもが選択する）となるスタッフが一日フリー（例えばズレ勤務）となって、その子を中心としてかかわる日を設定するなどすることで（構造化）、より安心感を得ることができる施設生活を送ることができるのではないかと感じた。

③心身障害児総合医療療育センター 保育士



③心身障害児総合医療療育センター 看護師





# 実施分析した業務コード表

時間	平成 30 年 1 月 3 日(水) 医療・利用児者支援 12:15～21:00 保育士	
12:00	A4(15分)	情報収集
12:15	A4(5分), B10(3分), B11(6分), B481(8分)	食事介助、声かけ
12:30	B11(14分), B481(14分), B3(1分)	食事介助、声かけ、 整容
12:45	B10(1分), B11(14分), B23(1分), B481(2分), B483(11分)	食事介助、体位保持、 摂食指導の声かけ
13:00	B11(8分), B23(1分), B482(2分), B483(8分)	食事介助、体位保持、 声かけ
13:15	B11(1分), B3(3分), B19(6分), B19(6分), B20(4分), B37(1分), B481(1分), D62(2分)	食事介助、移動、声かけ 遊びの援助
13:30	A4(1分), B3(3分), B27(2分), B28(2分), B38(2分), B50(1分), D62(4分)	啼泣児への対応、多動児 の捜索、見守り、遊びの 援助、環境整備
13:45	A4(1分), B11(5分), B17(2分), B38(3分), D21(5分), D61(2分), D62(3分), D63(1分)	情報共有、移動、環境整 備、音楽準備
14:00	B11(15分), D21(15分)	摂食指導
14:15	B11(8分), D21(15分), D64(4分)	水分補給、摂食指導、 遊びの提供
14:30	B20(1分), D21(11分), D61(3分), D64(11分)	遊びの提供、見守り 移動
14:45	D21(14分), D61(1分), D64(14分)	遊びの提供、見守り
15:00	B20(5分), B38(3分), B50(3分), D21(4分), D64(4分)	遊びの提供、見守り、 環境整備
15:15	B6(3分), B8(5分), B17(2分), B38(3分), B50(2分)	見守り、オムツ交換、更 衣、移乗
15:30	B8(7分), B17(5分), B20(2分), B32(2分), D22(1分)	オムツ交換、移乗、移動、 排泄介助、声かけ
15:45	B17(5分), B3(10分)	車いす自走介助、整容

16:00	F2(15分)	
16:15	F2(15分)	休憩
16:30	F2(15分)	休憩
16:45	F2(15分)	休憩
17:00	B11(15分)	食事介助
17:15	B11(15分)	食事介助
17:30	B11(15分)	食事介助
17:45	B11(15分)	食事介助
18:00	B11(8分), C1(7分), C9(7分)	食事介助、教育処置、口 腔ケア
18:15	B8(2分), B17(3分), B20(9分), B29(2分), C1(1分), C9(1分)	移動、移乗、排泄介助
18:30	B8(5分), B29(5分), B17(4分), B20(1分), D21(5分), D25(5分)	排泄介助、移乗、移動 遊びの提供、安全確認
18:45	D21(15分), D25(15分)	遊びの提供
19:00	D22(12分), B50(12分), B21(3分), B8(3分)	遊びの提供、オムツ交換
19:15	B8(9分), B21(9分), B17(2分), B20(2分), B41(4分)	オムツ交換、移動、就寝 介助
19:30	A7(7分), B41(6分), B8(6分), D12(2分)	記録、就寝介助、オムツ 交換、宿題
19:45	D12(13分), B38(3分), D61(3分)	宿題、環境整備、見守り

20:00	B38(6分), D61(6分), C9(7分), D65(2分)	玩具消毒、モニター装 着、声かけ
20:15	D65(2分), B29(13分)	声かけ、不穏児の対応
20:30	B29(1分), B20(1分), B8(13分), B17(1分), B20(1分)	声かけ、移乗、移動、排 泄介助
20:45	B41(7分), B38(6分)	車いすの整備

時間	平成 29 年 12 月 30 日(土) 医療・利用児者支援 8:00～16:20 看護師	
8:00	A4(4分), A7(1分), B3(3分), B17(1分), B20(1分), B50(1分), C8(1分), C29(5分)	情報収集、感染予防、排 泄介助準備
8:15	A2(2分), A4(3分), A7(1分), B3(1分), B20(2分), B26(1分), B32(1分), B50(5分), B38(1分), C29(2分), C19(2分), B41(1分)	移動、感染予防、洗脚、 全体調整、声かけ、環境 整備、見守り
8:30	A7(1分), B3(1分), B8(2分), B14(3分), B23(3分), B20(3分), B38(1分), B50(4分), C3(1分)	環境整備、オムツ交換、 整容、移動
8:45	B3(7分), B8(2分), B20(2分), B29(1分), B38(1 分), B50(2分), C3(1分)	移動、オムツ交換、整容、 環境整備、排便
9:00	B3(3分), C29(3分), B38(2分), B8(1分), C20(5分), B481(1分), B11(1分), B50(1分)	感染予防、オムツ交換、 排便、環境整備、会話
9:15	B11(7分), B46(2分), B50(4分), B23(5分), B29(1分), C23(1分)	水分補給、声かけ、体位 保持、モニター装着
9:30	A4(1分), B11(6分), B23(1分), B26(4分), B50(7分), C23(2分)	水分補給、見守り、体位 保持、装具装着
9:45	B11(1分), B23(3分), B26(1分), B50(8分), B481(2分), C9(1分)	体位保持、水分補給、 見守り、モニター確認
10:00	B11(4分), B22(3分), B23(4分), B25(1分), B29(1分), B42(1分), B46(1分), B50(1分), B481(1分)	体位保持、声かけ、異食 対策、水分補給
10:15	B11(15分), B42(1分), B50(5分)	水分補給、見守り
10:30	B11(13分), B20(2分), B23(1分), B50(13分)	水分補給、体位保持、移動
10:45	A4(3分), B8(3分), B17(2分), B20(1分), B23(1分), B38(7分)	車いす移乗、オムツ交 換、情報共有
11:00	A4(2分), B3(4分), B8(3分), B17(2分), B20(2分), B28(4分), B38(2分), B481(3分)	情報共有、オムツ交換、 移乗、移動、整容、行動 障害への対応
11:15	B3(4分), B20(4分), B26(4分), B28(4分), B38(2分), B50(4分)	移乗、移動、環境整備、 装具着脱、行動障害対応
11:30	A2(3分), A4(3分), B8(2分), B17(3分), B20(1分), B43(3分), B50(3分), C9(1分)	移動、見守り、環境整備、 排泄介助、情報共有
11:45	B17(2分), B11(12分), B20(1分)	移乗、移動、記録準備

12:00	A4(1分), B11(10分), B23(2分), C1(1分), C4(2分), C5(2分), C29(1分)	内服、注入、感染予防、 食事介助、発作対応
12:15	A7(1分), B11(15分), B32(1分), C1(1分), C5(1分)	記録、食事介助、内服 発作対応、注入
12:30	B3(3分), B11(14分), F2(2分)	食事介助、口腔ケア、 休憩
12:45	F2(15分)	休憩
13:00	F2(15分)	休憩
13:15	F2(15分)	休憩
13:30	F2(15分)	休憩
13:45	B7(15分)	入浴
14:00	B7(15分)	入浴
14:15	B7(15分)	入浴
14:30	B7(15分)	入浴
14:45	B7(15分)	入浴
15:00	B7(15分)	入浴
15:15	B7(15分)	入浴
15:30	B7(15分)	入浴
15:45	B7(15分)	入浴

16:00	B7(15分)	入浴
16:15	B7(11分), B38(4分)	入浴、環境整備
16:30	A2(6分), A4(6分), B38(9分)	環境整備、情報共有
16:45	A2(8分), A4(8分), A7(7分)	情報共有、記録
17:00	A7(15分)	記録
17:15	A7(15分)	記録
17:30	D1(15分)	レクリエーション準備
17:45	D1(15分)	レクリエーション準備

時間	平成 29 年 12 月 31 日(日) 医療・利用児者支援 16:00~0:00 看護師	
16:00	A4(15分)	申し送り
16:15	A4(15分)	申し送り
16:30	B31(9分), B32(9分), C29(1分), D1(4分)	リ準備、測定、感染予防
16:45	A7(1分), A4(8分), B32(1分), B481(1分), C4(1分), C5(1分), C29(1分)	記録、注入、感染予防、情報共有
17:00	B11(9分), B30(2分), C1(7分), C2(3分), C3(1分)	食事介助、内服、吸引
17:15	B11(14分), C29(1分)	食事介助、感染予防
17:30	B11(12分), B38(3分)	食事介助、環境整備
17:45	B11(15分), B16(12分)	食事介助、傾聴
18:00	A4(2分), B8(5分), B11(7分), B16(6分), B42(3分)	食事介助、傾聴、コール対応、情報共有、排泄介助、移乗
18:15	A7(1分), B48(2分), B8(12分), B30(2分)	排泄介助、記録、更衣コミュニケーション
18:30	B8(11分), B42(1分), C12(1分), C29(1分), C32(1分)	感染予防、排泄介助、測定、オムツ交換、処置
18:45	B8(3分), B41(2分), C5(1分), F13(9分)	排泄介助、就寝介助、夜勤書類作成
19:00	B14(2分), B38(2分), B41(2分), F13(11分)	夜勤書類作成、体位交換、環境整備、就寝介助
19:15	C4(2分), C1(13分)	注入準備、内服準備
19:30	A7(14分), C1(1分)	注入準備、記録
19:45	A7(15分)	記録
20:00	A4(1分), B11(1分), C4(1分), F2(13分)	水分準備、注入準備、情報共有、休憩

20:15	F2(15分)	休憩
20:30	A4(1分), B8(2分), B41(5分), B50(2分), F2(5分)	休憩、情報共有、オムツ交換、就寝介助、見守り
20:45	A4(5分), B17(1分), B23(1分), B41(8分)	情報共有、移乗、体位保持、就寝介助
21:00	B17(1分), B38(11分), C5(2分), C9(2分)	環境整備、移乗、注入、環境整備、モニター
21:15	B14(1分), B41(2分), B50(2分), C9(2分), D23(2分), B36(8分)	体位交換、就寝介助、モニター、声かけ、環境整備
21:30	A7(6分), B29(2分), C1(9分)	薬確認、観察、記録
21:45	A4(2分), C15(5分), B32(5分), A7(1分), B482(3分), C6(1分), D23(2分), D63(2分)	遊びの誘導、情報共有、導尿指示、リフト、指導
22:00	B32(7分), C1(3分), C8(4分)	測定、観察、浣腸準備、薬の確認
22:15	A7(14分), C1(1分)	記録、薬の確認
22:30	A7(6分), B38(9分)	記録、注入準備
22:45	A7(8分), B38(7分)	記録、注入準備
23:00	A7(10分), B42(5分)	記録、アラーム対応
23:15	A7(5分), B38(10分)	記録、環境整備
23:30	B42(12分), C6(12分), C1(3分)	導尿見守り、薬確認
23:45	A4(1分), B32(7分), C1(6分), C14(1分)	薬確認、情報交換、薬準備、環境整備
23:00	A7(10分), B42(5分)	記録、アラーム対応

23:15	A7(5分), B38(10分)	記録、環境整備
23:30	B42(12分), C6(12分), C1(3分)	導尿見守り、薬確認
23:45	A4(1分), B32(7分), C1(6分), C14(1分)	薬確認、情報交換、薬準備、環境整備

時間	平成 30 年 1 月 1 日(日) 医療・利用児者支援 0:00～9:00 看護師	
00:00	A4(6分), B42(3分), B28(8分)	申し送り、不穏児への対応、アラーム対応
00:15	B14(1分), B26(10分), B29(2分), B481(1分), C1(6分)	体位交換、嘔吐児・不穏児への対応、就寝介助、内服
00:30	A7(7分), B42(5分), B28(3分), B41(3分)	アラーム対応、記録
00:45	A7(14分), B481(1分)	記録、会話
1:00	A7(14分), C15(1分), B50(1分)	記録、呼吸器確認
1:15	A7(11分), B23(2分), B42(3分)	記録、コール対応、体位交換
1:30	B8(4分), B42(3分), B32(2分), B17(4分), C9(2分)	オムツ交換、アラーム対応、測定、移乗、坐薬
1:45	A4(3分), A7(2分), A50(1分), B8(1分), B17(2分), B23(1分), C9(4分)	移乗、オムツ交換、排泄介助、記録、コール対応、情報共有
2:00	F2(15分)	休憩
2:15	F2(15分)	休憩
2:30	F2(15分)	休憩
2:45	F2(15分)	休憩
2:00	F2(15分)	休憩
2:15	F2(15分)	休憩
2:30	F2(15分)	休憩
2:45	F2(15分)	休憩

3:15	F2(15分)	休憩
3:30	F2(15分)	休憩
3:45	F2(15分)	休憩
4:00	A4(6分), B3(4分), B50(5分), B32(5分)	情報共有、整容準備、巡視、測定
4:15	B50(8分), B32(8分), A7(7分)	巡視、測定、記録
4:30	A7(14分), B42(1分)	記録、アラーム対応
4:45	A7(5分), C1(4分), F14(5分), B42(1分)	記録、薬確認、業務説明、アラーム対応
5:00	A7(15分)	記録
5:15	A7(2分), F14(12分), B42(1分)	主任業務、アラーム対応、記録
5:30	B8(8分), C1(5分), C29(2分)	感染予防、薬確認、膀胱萎縮置
5:45	B8(1分), B17(1分), B8(6分), B18(1分), C1(6分), C14(6分)	薬確認、オムツ交換、吸入、移乗
6:00	B8(8分), B17(5分), B20(1分), B38(2分)	移乗、移動、オムツ交換、環境整備
6:15	B8(2分), B17(1分), B20(2分), B481(4分), C7(6分)	オムツ交換、移乗、移動、声かけ、導尿
6:30	A7(1分), B14(1分), B8(1分), B17(2分), B20(2分), B40(1分), B42(1分), B481(2分), B32(2分)	コール対応、オムツ交換、移乗、移動、声かけ、記録、体位保持、アラーム対応
6:45	B8(7分), B17(4分), B20(3分), B42(2分)	移乗、移動、オムツ交換、コール対応

7:00	A7(3分), B17(3分), B8(6分), B11(1分), B20(1分), B42(1分)	移乗、移動、配膳、指示 コール対応、排泄介助
7:15	B11(8分), C1(7分)	配薬、食事介助
7:30	B11(15分)	食事介助
7:45	B11(15分)	食事介助
8:00	A7(1分), B3(2分), B11(7分), F11(5分)	記録、食事介助、整容、 情報共有
8:15	F11(10分), B50(4分)	情報共有、巡視
8:30	B50(9分), A7(4分)	巡視、記録
8:45	A7(15分)	記録
9:00	A7(15分)	記録
9:15	A7(5分)	記録
9:30		
9:45		

#### ④ 四天王寺太子学園 （福・肢体）

社会福祉法人 四天王寺福祉事業団 福祉型障害児施設（旧：肢体不自由児療護施設）

実施 2017 年 11 月 18 日～2018 年 1 月 9 日

対象職種 臨床心理士

方法：15 分毎の自己記録×4 名分×2 日間

臨床心理士を 4 名雇用 月曜・木曜・土曜・日曜の定期勤務で 1 日分

定期勤務以外の勤務を 1 日分

結果：データを添付

○定期勤務におけるタイムスタディについて

月曜日、土曜日、日曜日は 4 ケースずつ、木曜日は 3 ケース、カウンセリングを実施している。身体障がいと知的障がいを重複している子どもが多く、カウンセリングと言っても実際にはごっこ遊びなどのプレイセラピーが中心となる。当施設に特徴的なのは、措置入所率が高く（2018 年 1 月末現在 87%）、そのほとんどが被虐待児（生まれてそのまま乳児院を経由して措置変更や、被虐待と認定されないまでも親が精神疾患で実質ネグレクトといった子どもを含む）である。毎年、年度の途中で入退所があり、心理士の支援を必要とする子どもが増えているため、生活状態により課題の大きな子どもを優先的にフォローする必要があることから、心理治療を終結することがあるが、課題を克服して終結するケースは非常に稀であり、一度ケースとして持つと長期化する傾向にある（現在 8 年 10 か月継続している子どもがいる）。トゥレット症候群など、日常生活に影響を及ぼす症状を呈する子どももおり、かつては、リストカットする子ども、幻視幻聴を訴えパニックを起こす子どもなどもおり、児童指導員や保育士として担当を受け持った職員が、子どもの対応に疲弊してしまうということがあった。現在は、タイムスタディのデータにもある通り、各心理士とも心理療法の合間を使って、実際の生活場面での子どもの行動観察を行ったり、担当職員とのコンサルテーションの時間を取ったりと、児童指導員や保育士の良き支えとなってくれている。

課題としては、4 ケースの心理療法を実施すると記録を書く時間が確保できず、簡単なメモ程度を残し、後日の空き時間を始めタイムスタディには反映されない時間帯に記録を行っているということがあある。また、土日は学校が休みのため日中に心理療法を行えるが、平日は 16 時頃の下校後から実施するため、夕食や入浴、子どもたちが余暇として楽しみにしているゲームの時間などと重なり、心理療法の時間の確保が難しいというえ、勤務終了時刻が遅くなってしまう。当施設では幸運にも 4 名の臨床心理士の雇用に至ったが、施設付近での募集では雇用につながらず、隣の京都府や和歌山県から通っているため、9 時（9 時 30 分）始業の土日勤務は早朝に自宅を出ることになり、19 時 45 分（20 時 30 分）就業の平日勤務は深夜の帰宅になるなど通勤時間が長時間（何れも 2 時間程度）に及び、通勤費もかかる。

○追加勤務におけるタイムスタディについて

4 名で週 1 日勤務では常勤 1 名分の勤務時間に達しないことから、通常の曜日以外の勤務を月に 2 日程度、交代で出勤している。

その日により業務は異なるが、特徴的と思われる活動を行った日を過去の記録からピックアップして 4 日間抽出した。

1 つは、児童指導員や保育士の会議、職員会議への出席、心理療法で使用する玩具の整理や修理などを実施したもの。1 つは、特別支援学校の教員へのコンサルテーションを実施したもの。精神科に通院しており服薬によるコントロールも行っているが、当施設では安定して過ごせるもののクラスでは不安定となり対応に苦慮されていたケース。実際に担当心理士が特別支援学校に行き、クラスでの行動観察を通し

て対応方法の助言を行った。1つは児童指導員、保育士等への研修を実施したもの。タイムスタディに記載した日は、経験年数が浅い職員向けに子どもの愛着形成について研修を実施した。その他、子どもの理解を深めるための研修だけでなく職員向けにストレスマネジメント教育なども実施している。最後の1つは、普段は個別の心理療法だが、小グループを抽出して複数回のプログラムを組んでSSTを実施したもの。

以上の様に、当施設にとって臨床心理士の配置は、子どもたちにとっても児童指導員や保育士にとっても欠かすことのできない状況である。しかし、現状の心理士加算では常勤1名分の人件費を賄える金額ではなく、持ち出しで費用を工面している。公認心理士というより上位の資格が創設されることもあり、臨床心理士の待遇向上が望まれ、雇用を維持するための支弁を切に願う。

## ⑤ 法然寮（福・聴覚）

社会福祉法人 高津学園

福祉型障害児入所施設（主として聾） 法然寮（30名定員 中規模施設）

タイムスタディ調査を行うにあたり、コード化が業務の細部にまで伝えられないので、日課ごとに下記に記しています。

記入者 O・M は女性心理士

N・Y は男性保育士

学校がある日は、基本朝4名、夕方4名で業務をする。

休日は朝昼夕と職員3名体制で行っているので非常に慌ただしく、児童もテンションが高い。

### ・起床（平日）

平日の朝は6:00から、夜勤明けが起床、洗面、着衣、視診、夜尿処理の支援を一人で行う。

7:00から早番、断続が合計3名来て4人体制で行う。

（休日）登校へのプレッシャーがないので、ゆっくりと起床、洗面、着衣、視診、夜尿処理の支援を7:00~3人で行う。

### ・朝食（平日）

7:00~7:45頃

朝食の準備、児童の水筒準備、手洗い、食堂への誘導、食事介助、服薬、おかわり、これらを児童と会話したり、見守りしながら行うので、非常に慌ただしい。その後箸、コップの洗いもを行う。

（休日）7:30~朝食の準備、手洗い、食堂への誘導、食事介助、服薬、おかわり、これらを児童と会話したり、見守りしながら行うので、平日ほどではないが慌ただしい。

その後歯磨き、食堂の掃除、洗い物を分担して行う。

### ・登校（平日）

7:45~から生活フロアに戻り、支援学校の用意をする。連絡帳を渡す、水筒をカバンに入れる、着衣、身だしなみ確認をし、点呼をしてから、バス停へ全員で移動する。

8:00~のバスに乗車しないと、施設から車で全員を送る必要があるため、必ず乗車させるプレッシャーがある。その後は地域の小学校への送り出しをする。学童が登校すると

次は幼児の歯磨き、洗面、着替え、身だしなみを行う。8:00~8:30

地域の幼稚園に職員1名、支援学校の幼稚部へ職員が1名、それぞれ送りをする。

その際も道端でひっくりかえったり、車道へ飛び出したりと安全確保に努める。

また欠席や通院による遅刻の連絡を学校や幼稚園へ行う。

・清掃（平日）

今年度は児童がいなくなる時間が出来たので、浴槽、トイレ、洗面所、廊下、ゴミ捨て居室の掃除機、洗濯を残っている職員で行う。

※前年度までは未就学児童が居たため、見守りながら掃除を行う。

（休日）児童にもお手伝いしてもらい、廊下、洗面所、浴室、トイレを一緒に行う。

また居室に関しては児童へ声掛けして、自立支援を行う。

その後児童の余暇支援で一緒に遊んだり、園庭に出たり、外周をマラソンしたり、テレビを見たり、玩具で遊ばせたりして、余暇支援、安全に努める。

・昼食（平日）

11:10~12:00 頃

水曜日は午前保育なので、昼食の準備、手洗い、食堂への誘導、食事介助、服薬、おかわり、これらを児童と会話したり、見守りしながら行う。その後歯磨き、食堂掃除、箸、コップの洗いを行う。

（休日）11:10~昼食の準備、手洗い、食堂への誘導、食事介助、服薬、おかわり、これらを児童と会話したり、見守りしながら行うので、平日ほどではないが慌ただしい。

その後歯磨き、食堂掃除、余暇支援の見守りを行う。

・外出（平日）

14:00 頃に小学部の低学年が帰ってくるので、バスのお迎えに行く。お迎えを忘れると再び学校まで車で迎えに行かないといけない。

帰寮したら、校内着の洗濯、コップ、箸を洗う。宿題がある児童は学習支援を行う。

宿題が終わったら、公園や園庭へ行って体を動かす。

（休日）

児童からの要望に応え、順番でコンビニ、ファーストフード店、本屋、ゲームの出来る百貨店、公園へ行く。残っている児童は、おやつを作ったり、テレビを見て過ごす。

みんな出かけたが気持ちが多いので要望が非常に強い、行けない児童は泣きわめいたり、拗ねたり、怒ったりして表現する。

・入浴（平日）

児童が帰って来る時間がバラバラであるが、基本 15:30~16:45 まで男性入浴を年齢順、帰寮した順に入浴する。その際身体に怪我がないか確認、着脱、洗体、確認・

そして、一番大変なのが、浴槽に入った時の見守り。死亡事故につながる。

また浴槽を背にして、他児の入浴支援はせず、必ず体は浴槽へ向ける。

また転倒しやすいので、非常に緊張する。しかし支援者は1名なので大変である。

16:50~17:20 まで女性入浴。同上。

（休日）

平日同様に外出から帰って来る順番や年齢順にグループで入浴する。以下同上。

入浴支援者以外も、休日は職員が少ないため、緊急対応時は非常に大変である。

16:00~支援学校の高学年、中、高校生が帰寮するため、洗濯、洗い物、宿題、見守り入浴、非常に慌ただしくなる。

・夕食（平日）

17:15~18:00

夕食の準備、手洗い、食堂への誘導、食事介助、服薬、おかわり、これらを児童と会話したり、見守りし

ながら行うので、非常に慌ただしい。その後歯磨き、食堂掃除、お茶ポット洗浄、箸、コップの洗い物を行う。

（休日）

同上。

・余暇

18:30~21:00

テレビや居室、ゲームなどそれぞれの時間を過ごす、テレビのチャンネル争い、騒がしさのトラブル、些細な喧嘩、性問題など見守りをしていない、至るところでトラブルが発生する。

20:00 からおやつを提供するので、準備、手洗い、片付けを行う。その後歯磨きの支援（点検）を行う。幼児の就寝準備を行う。トイレ、おむつ履き、読み聞かせ、トントンするなど、ある程度眠りにつくまで行う。

児童を見ながら学校の連絡帳を記入していく。

この時間の中で、職員の休憩時間（1:00）を取得する。職員数は減少していく。

21:00 小学部の就寝時間で、お茶の要求やかゆい、痛みなどを寝る前に訴える児童は多く、その対応に追われる。また寝付くの時間がかかるので、順番でトントンしに周る。

その後、中高生との会話や相談、近況報告を行う。

職員は1階の施錠、非常ベルなどが正常か、不審者いないかなどの見回りを行う。

22:00

消灯ではあるが、居室で起きている中高生は多く、なかなか寝付かない。もう少しテレビを見たいと言う児童もいる。

業務時間上ここから夜勤者1名の対応となる。

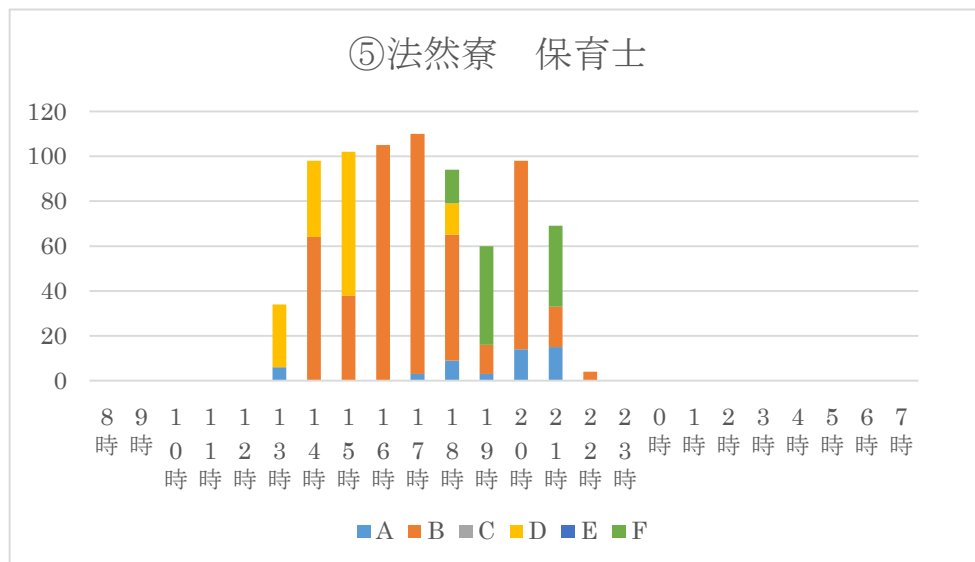
夜勤中は、廊下の掃除、洗濯たたみ、掃除、補助具のメンテナンス、支援学校の荷物準備、ケース記録、などを行う。また夜間に起きてくる児童の対応も行う。

福祉型障害児入所施設（主としてろうあ）の法然寮は、人員配置5：1である。

しかし入所児童の8割は知的、発達障害を持っている。聾の児童も知的との重複もあり、とにかく現場は毎日慌ただしく、心に余裕のない状態で子ども達に接している状態です。

時間によっては、30名を2名でみる時間もあり、職員の休暇や有休などを考慮すると配置基準の変更を強く願っております。

また知的障害のある保護者の面会や電話対応、苦情処理など児童以外での対応も多くあり、保護者支援も今後の重要な課題となることは間違いありません。そのことで児童を待たせたりとフラストレーションを溜める原因にもなります。



## ⑥ 精陽学園 （福・肢体）

1. 実施施設 社会福祉法人 至泉会 福祉型障害児入所施設 精陽学園  
（主たる障害 肢体不自由児）定員 50 名、短期入所 2 名

2. 実施期間 平成 29 年 11 月 1 日（水）～12 月 24 日（日）

3. 対象職種

(1) ファミリーケースワーカー（相談員）

日勤 11 月 29 日（水）8：00～17：00

1 か月間 11 月 1 日（水）～30 日（木）

(2) 看護師

早出（平日） 12 月 12 日（火）7：00～16：00

日勤（平日） 12 月 12 日（火）8：30～17：30

早出（休日） 12 月 16 日（土）7：00～16：00

日勤（休日） 12 月 16 日（土）8：30～17：30

1 週間 12 月 18 日（月）～22 日（金）

(3) 理学療法士

日勤（平日） 12 月 13 日（水）9：00～18：00

日勤（休日） 12 月 3 日（日）9：00～18：00

1 週間 12 月 10 日（日）～12 月 16 日（土）

(4) 保育士・児童指導員

早出（平日）12 月 19 日（火）7：00～16：00

早出（休日）12 月 24 日（日）7：00～16：00

遅出（平日）12 月 7 日（木）12：00～21：00

遅出（休日）12 月 17 日（日）12：00～21：00

夜勤（平日）12 月 13 日（水）～14 日（木）16：00～翌 10：00

夜勤（休日）12 月 23 日（土）～24 日（日）16：00～翌 10：00

4. 実施方法 自己記録（概ね 1 分から 15 分の間隔で記録）による。

直接処遇職員は、学校のある平日と休日（土曜日含む）のパターンで記録する。



1 か月間及び、1 週間は、主だった項目を記録する。

## 5. 考察

### (1) ファミリーケースワーカー（相談員）

・高校生 14 名を対象とした移行支援では、児童相談所、福祉事務所、学校、相談支援事業所、保護者、障がい福祉事業所、ハローワーク、成年後見利用センター等との調整を中心になって行っている、それぞれの調整業務は、電話対応、カンファレンス、施設見学及び利用体験等、複数回に及び大きな負担となっている。業務としては、保護者との定期的な面談、児童相談所との対応、他の施設に入所しているきょうだい支援、毎日の学校への送迎、入所調整等もあり、施設独自の人員配置を行っているので、家庭支援専門相談員の配置が必要である。きょうだい支援では、遠方の施設からお互いに職員が付き添いを行って交流を図っている。交通費も掛かることから、きょうだい支援の仕組みが必要である。

・児童福祉法の改正により、平成 33 年度から 18 歳以降は原則在籍が出来なくなる。都市部では、成人施設やグループホームの空きがなく、地域移行及び障害者支援施設への入所がたいへん困難になっている。国の施策であるので、スムーズに移行できるよう社会資源の整備が必要である。

### (2) 看護師

・肢体不自由児は、医療との関わりが強く一人あたり複数個所の通院外来を行っている児童も多い。施設に医師は配置されていないので、それぞれの主治医に通院を行っている。病院数は、15 か所以上となっている。平日には、平均 3 件の通院があり、片道 15 分程度から遠方では片道 1 時間かかる距離を公用車で移動している。通院業務の多さが負担となっている。日々の健康管理、配薬、医療処置、感染症の予防、病児の見守り等、常勤換算 3 名の配置が必要である。（旧種別 肢体不自由児療護施設の最低基準に戻すこと。）

### (3) 理学療法士

・主たる障害が肢体不自由児なので、日々のリハビリテーション、補装具等の作成及び修理、摂食指導、身体機能の評価、リハビリ通院及び手術に向けた調整等、児童に寄り添い、成長に伴った対応が出来ることが有効である。施設独自の人員配置を行っているので、セラピストの常勤職員配置が必要である。

### (4) 保育士・児童指導員

・別紙のとおり、常勤、非常勤含めた職員配置を行っている。業務への負担は、全介助、及び一部介助の児童が多く、一日の業務の大半が身体介助の時間になってしまう事である。また、地域の学校 6 か所に通学しているので、学校準備、学校行事への参加、送迎に関わる人員配置、車両台数の整備等にも負担が多い。看護師同様、通院が多いので、通院の付き添いも負担となっている。（別紙参照）

・自立に向けた支援として、衣服の着脱、入浴動作、歯磨き動作、排泄等の ADL の練習及び、公共交通機関の利用、単独での外出、調理や洗濯等の生活面での指導等の時間確保が困難である。

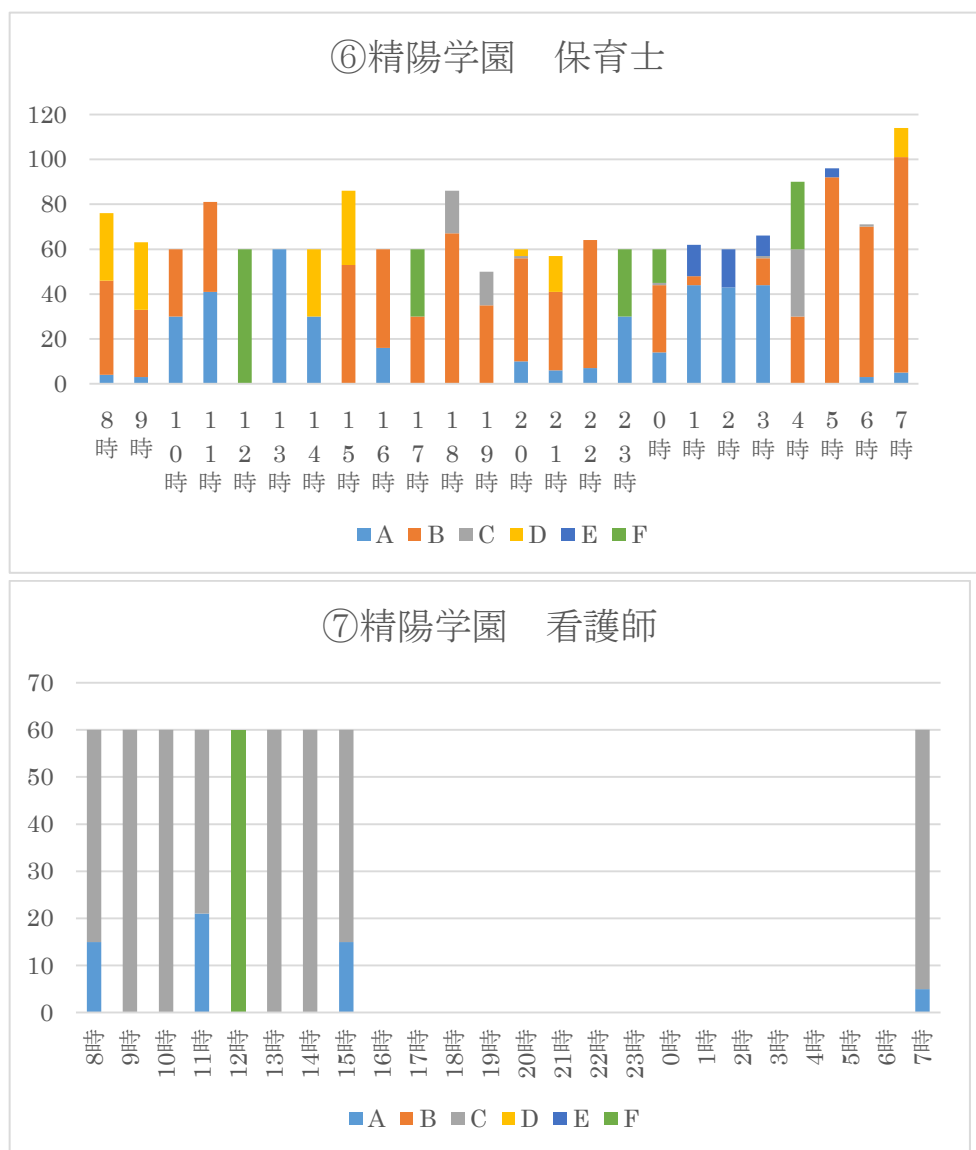
・被虐待児等、個々に関わる時間をつくる必要がある。個別にお話を聞く機会や外出等の実施の中で、勤務時間内で行うことが難しい状況である。就寝時の絵本の読み聞かせ等も行いたい希望もあるが、できる日は限られてしまう。

・3.5 対 1 から 2 対 1 の人員配置基準の見直しを行い、必要な関わりを持てるようにしていかなければならない。

・未就学児童については、施設内での療育を行っているが、年度によって人数が変わる事、施設内の状況によって療育が出来ない場合があることにより、地域の児童発達支援センター等への通園を行

えるようにしていくべきである。また、幼稚園、特別支援学校幼稚部に通園している児童もいるので、学校教育費の支給対象とする必要がある。

・通常学級、普通高校に通っている児童がいる。高校受験、大学や専門学校への進学も行っている。学習支援の対象として、塾の費用や進学の費用等の支援も養護施設同様に必要である。



## ⑦ 袖ヶ浦のびろ学園 (福・自閉)

(旧体系 第二種自閉症児施設)

実施期間 2018年1月10日～1月24日

対象職種 ①児童指導員・保育士

生活単位と調査対象勤務

1、すずめグループ(小～中学生) 15名

①7:00-16:00 1月22日(月)

②7:00-20:00 1月24日(水)

③8:00-17:00 1月17日(水)

④14:00-22:00 1月17日(水)

⑤16:00-0:00 1月 25日(水)

⑥0:00-10:00 1月 26日(水)

## 2、めじろグループ(中～高校生) 14名

①7:00-17:00 1月 16日(火)

②7:00-20:00 1月 12日(金)

③8:00-17:00 1月 15日(月)

④14:00-22:00 1月 17日(水)

⑤16:00-0:00 1月 25日(木)

⑥0:00-10:00 1月 26日(金)

調査方法：調査対象者による勤務時間内における15分毎の自己記録及びコード化する

調査結果：集計結果表 12回分をwordファイルで 添付

### <すずめ・めじろグループの共通の生活状況>

#### 朝～登校

朝は起床から着替え、洗面、食事と特別支援学校の登校準備に追われ分単位で様々な業務をこなさなければならない。特別支援学校は地域別(東京都入所児と千葉県入所児)に二校へ登校しているため日々慌ただしい生活を送っている。またマイクロバスに乗車が難しい要個別対応の利用者は、ワゴン車による別便運行を行い、マイクロ1台・大型バス1台・ワゴン2台(合計4台)を運行し登校している。

#### 登校後～下校まで

全ての児童が登校したのちは、短期入所を利用している成人数名が生活しているため、職員は、短期入所対応の職員と中あき勤務の職員に分かれる。リーダー層は中あき勤務の休憩時間に日頃こなせない記録や生活ルームの掃除、環境整備にあたることもあるが、しっかりと休みに充てるようにしている。

#### 下校～余暇～入浴～夕食～就寝

下校時間は学校、学年単位でそれぞれ異なるため下校時間に合わせて勤務が動き出す。

①14:30に15:00下校の県立特支の迎え便、②14:30下校の都立特支小、中学生の迎え便、③15:30に16:00下校の都立特支の高校生の迎え便の運行と添乗に入り、下校後は、制服の整理、洗濯、学校の連絡帳の確認などに追われていく、わずかな時間を利用し、当日の職員配置にもよるが、一部の利用者は余暇時間を利用し散歩に出ることもある。学校生活のストレスを抱えて下校する児童もいるため、行動障害への対応に時間を費やすこととなる。

16:00過ぎからすずめ、めじろに分かれて入浴が始まり(入浴は365日)夕食時間までに全員が入っている。17:45より配膳準備が始まりすずめ、めじろそれぞれのグループの食堂で食事を提供している。中には集団では食事を摂れない児童もおり、別室に配膳し個別対応で食事支援を行っている。夕食後から歯磨き、就寝準備をはじめ、低学年の児童は19:30

過ぎ頃より順次入眠体制に入る、中には一連の行動手順をこなさないと睡眠体制に向かない児童もおり、それぞれの生活スタイルによる行動障害への対応が必要となる。

#### 夜勤体制

夜間に途中覚醒する児童、中々寝付けない児童、短時間睡眠の児童がおりその日その日によって対応はまちまちである。早朝覚醒(五時頃から起床)もあり他児がその声に影響され目覚めていくこともしばしばである。

### <タイムスタディー調査 めじろグループ(中～高校生)コメント>

調査日：1月16日(火)

時間：7:00～17:00

#### <感想>

・7時から食事の時間まで、利用者の整容（頭髪や髭剃りなど）を行った。食事の時間帯は、食事を終えた利用者から順次、服薬、制服への着替えを行った。その後、学校への送り出し、送迎の付き添いを行った。特に朝食時は、デイルームで集団の安全管理をしながら、服薬、トイレ対応を行わなければならない大変であった。

・利用者の登校後は、短期利用者の安全管理をしながら、内線にて事務への朝の報告、デイルームの掃除、業務日誌、短期記録などの記入や、パソコンへ日々の記録の打ち込みを行った。

・休憩時間を利用して、法人の行事であるバザーの準備を行わなければならなかった。

・昼食時は、食事支援、服薬を行った。

・利用者の下校後は入浴支援を行った。個別の利用者の付き添いなどで、人手がなく、入浴支援を一人で行わなくてはならなかった。安全配慮をしながら洗体、着替え、塗り薬をして大変であった。

調査日：1月10日

時間：8:00～17:00

#### <感想>

・朝食の時間帯は、食事を終えた児童から順次投薬、着替えを行った。その合間に、人員配置の関係上、集団の安全管理も同時並行に行わなければいけない状況である。その為、支援環境の整備、安全管理の状況把握が大切になる。

・医療相談は、主治医に服薬調整を目的とし、現場の支援員が利用者の状態報告に診察に行った。

・ドライブ活動は、余暇活動として実施。バス車内の安全管理や行う。

・入浴支援は、浴室とデイルームの2カ所の支援員が連携して行う。入浴の声掛け、誘導、ドライヤーで髪の毛を乾かす等、順次行う。その間に、利用者一人ひとりの要望や、他害を加える利用者の安全管理を同時並行で行う。一人で担う業務は必然的に増えてしまうが、集団支援の中では必然的と言ってしまうまでである。

調査日：1月12日

時間：7:00～20:00(金)

#### <感想>

・勤務時間は基本的に利用者支援業務が中心となる為、休憩時間を活用して記録や書類の整理に取り組まないと記録関係の書類がたまってしまう。

・保護者への連絡も、利用者の状態や日課を考慮すると、緊急時を除いては、活動以外の時間帯になる。

・学校準備の業務量が多く、連日大量の洗濯や準備に時間が掛かる。また、他人の衣類が混ざらないよう注意を図る為、時間もかかる。

調査日：1月15日(月)

時間：14:00～22:00

#### <感想>

・14時に来園バスが到着、入所者と短期利用者が10名ほど一斉に来園する。安全管理を最優先しつつ、検温、体重測定、荷物整理・片付けを他職員（2名）と協力しながら行った。支援量が多く、大変な時間帯である。

- ・16 時以降利用者は、入浴、居室やデイルームで余暇を過ごすし、比較的穏やかに過ごしているが、デイルームにおいて支援員 1 人で安全管理やドライヤー等対応をする為、全体への意識・配慮が必要である。
- ・夕食後の投薬や安全管理をしながら、歯磨き、排泄介助を行うため、各利用者の動きや全体の様子を配慮しないと事故に繋がり易く、気を張る時間帯である。
- ・21 時以降、殆どの利用者が入眠した後に事務処理(記録・学校の連絡帳への記入)を行った。この時間帯が唯一勤務時間内で事務仕事が行える時間であるが、時には行動障害を起こしている利用者対応になることもあり教務内容はまちまちである。

調査日：1 月 25 日～26 日

時間：16：00～00：00

00:00～10:00

#### <感想>

- ・16 時より入浴介助を開始。人数も多いため、利用者の「もっと入っていたい」といった意向に沿うことが難しいと感じている。
- ・調査時の夜勤帯は、利用者の途中覚醒も少なく、熟睡していたが、早朝の漏便対応などで、一人で安全管理が出来ない状況にもなりうるので、宿直者に頼ることも多々ある。
- ・夜間に関しては、日勤の勤務時間中に出来ない書類作成などを行なうことが多い。詰所の扉を開け、何か物音などが聞こえた場合すぐに利用者対応できるよう待機している
- ・今回の夜勤に関しては退勤が翌日の 10 時までの勤務だったが、時折人員不足で 12 時まで延長勤務があった場合、眠気などから安全管理に支障が出る場合もあると思われる。

#### <タイムスタディー調査 すずめグループ(小～中学生)コメント>

調査日：1 月 22 日(月)

時間：7：00～16：00

#### <感想>

- ・この日は東京(代々木公園)まで短期入所利用者の帰宅、入所児童の来園日で送迎添乗の業務が中心だった。送迎バスの到着、出発の予定時間がある程度決まっていた、休憩も 1 時間確保されてはいるが、道路や天候などの状況により、休憩時間が確保できなくなってまうこともある。調査日は予定通りに運行ができた為、休憩を取ることができた。
- ・月曜日は来園時に検温だけでなく、体重測定(帰宅時に過食により体重増加するため)も実施している。また学校の体操服などの洗濯物や連絡ノートの記入、引き継ぎ表の作成、業務日誌の作成など多くの業務がある為、利用者対応しながら、それらの業務を行わなければならないのが現状。

調査日：1 月 17(水)

時間：8：00～17：00

#### <感想>

- ・今回は勤務時間内に書類作成を行えているが、日によっては勤務内にできず休憩時間を割いて行わなければならない場合もある。
- ・今回の調査を通して自分の業務を記録したことで、普段から安全管理を基本に考えて支援していると感じた。利用者との関わりという意識が自分の中で低いと感じ、今後の支援に活かしていければと思う。
- ・安全管理にも危険度(利用者の安全を守る為の支援員の介入度)が、環境や見守る利用者個人によって違う為、「安全管理」の一言では言い表せられないと感じた。支援の経験や利用者の行動を見通す力が必

要になる。支援者のスキルによっては支援方法(時間)にバラつきが出るであろう。

調査日：1月24日(水)

時間：7:00～20:00

<感想>

・朝は登校時間が決まっている為、逆算して食事を進めている。個別対応で食事をしなければならない利用者も多数いる為、時間内で終わらすことを意識しているせいか、時間に追われていることもあり大変さを感じる。

・毎週水曜日は下校後に買い物ドライブを実施している。同じ学校に通っている利用者でも、相性や行動特性に配慮し、2校の支援学校へ通学していることや学年で下校時間が異なることもあり、複数の配車が必要になる。そのため、配車に応じて添乗する支援員も必要となってくるが、実質それだけの人手は確保できていない為、同じ職員が時間差で複数の便に乗車する必要がある。(下校時間がずれているので可能ではあるが職員の負担感は強い。)

調査日：1月17日

時間：14:00～22:00

<感想>

・今日は週に1度の買い物ドライブで、グループに残って安全管理や洗濯、連絡帳の記入を行った。ドライブから帰ってきた利用者の見守りやコミュニケーションに併せ、洗濯や連絡帳の記入を同時に行うため、様々な部分に気を回して動かなければならなかった。

・日中に終わらなかった業務(学校準備、書類作成、記録等)を勤務が終了した20時以降に行うことが多い。

調査日：1月25日～26日

時間：16:00～00:00

00:00～10:00

<感想>

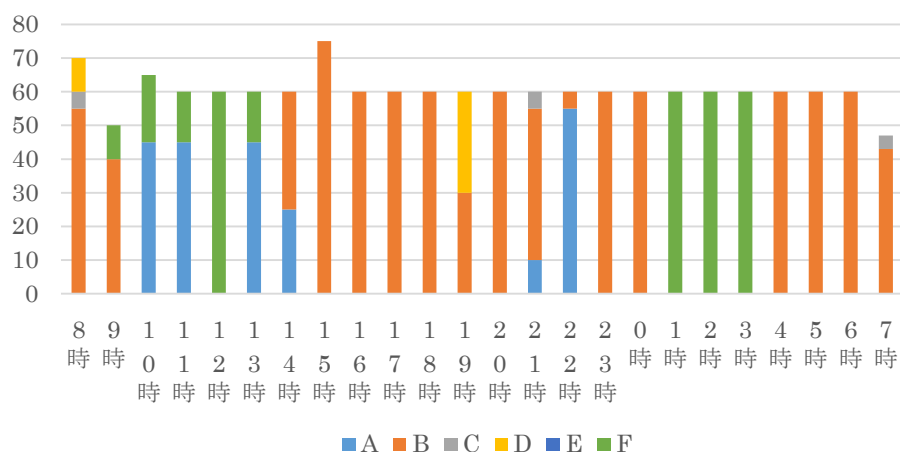
・夜勤業務の22:00以降は1グループ1名体制(翌日7時まで)で対応している。(別棟に宿直者が配置されている)

・この日は21時以降においても入眠ことができずに不眠時頓服薬を使用する利用者が2名いたが、概ね全員良眠しているので、夜間帯は比較的見守り程度での勤務であった。

・トイレ誘導を必要とする利用者が複数いる為、時間を決めて誘導しているが、夜勤帯は全て一人で行うので大変さを感じる。

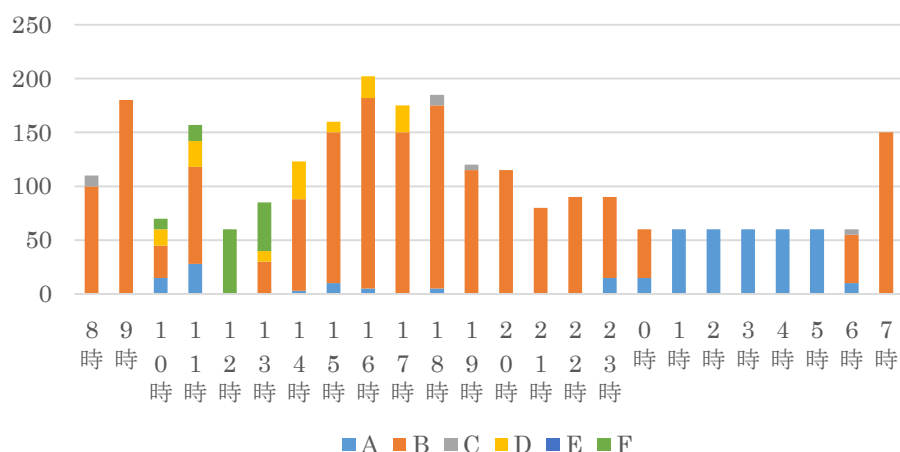
・朝方5時頃から利用者が次々と起きくるため、それを一人の職員で対応するのは大変である。ただ、この日は行動障害を起こす利用者がいなく比較的落ち着いていたので、早番(7時出)の職員が出勤までは一人でも対応出来た。時には行動障害に対応できない場合もありその際は宿直者に応援を依頼し一緒に対応する場合も多々ある。

⑦袖ヶ浦のびろ学園 児童指導員



⑧ ノビロ学園（北海道） （福・知的）

⑧ノビロ学園 保育士



⑨ あさひが丘学園 （福・知的）

社会福祉法人 落穂会 あさひが丘学園 （旧体系 知的障害児入所施設）

#### 1. 対象

○A ユニット職員 6 名 ○平日体制 2 名 休日体制 3 名勤務帯の 15 分毎の業務記録

○児童発達管理責任者・心理担当職員 1 週間の勤務帯 30 分毎の業務記録

○A ユニット所属児童 7 名

#### 1) 児童発達管理責任者 30 分毎 1 週間

①1 月 16 日 日勤 10:00～19:00

②1 月 17 日 日勤 8:30～17:30

③1 月 18 日 日勤 8:30～17:30

④1 月 19 日 宿直 9:00～翌9:00

⑤1月20日 宿直明け

⑥1月21日 公休

⑦1月22日 断勤 6:15~9:15 16:00~21:00

2) 心理担当 30分毎 1週間

①1月10日 日勤 9:00~18:00

②1月11日 断勤 6:15~9:15 16:00~21:00

③1月12日 公休

④1月13日 断勤 6:15~9:15 16:00~21:00

⑤1月14日 宿直 9:00~翌9:00

⑥1月15日 宿直明け

⑦1月16日 公休

3) 看護師 日勤 8:30~17:30

4) 保育士 平日 宿直 9:00~翌9:00

5) 保育士 平日 断勤 6:15~9:15 16:00~21:00

6) 保育士 休日 宿直 9:00~翌9:00

7) 保育士 休日 断勤 6:15~9:15 16:00~21:00

8) 保育士 休日 日勤 10:00~19:00

## 2. 結果

### 1) 児童発達支援管理責任者 【調査実施期間：平成30年1月16日~22日】

・調査期間中、個別支援計画のモニタリングや更新時期にあたっていなかったため、児童発達支援管理責任者の役割である個別支援計画作成に従事する時間はなかった。

・時期にもよるが、今調査期間中、措置入所の児童、特に保護者に関するトラブルから児童を守る為の手立て、生活保護等の申請や関係機関（児童相談所・特別支援学校・市子ども福祉課）とのやり取りが多くあった。また、やり取りを行う前に制度関係の情報収集も不可欠であり時間を要している。

※現在28名入所中23名が措置（虐待・保護者の養育の能力不足が主）での入所。

・契約児童のケースにおいても、保護者の状態により児童の生活の保障の為、児童相談所、生活保護課や国民健康保険課とのやり取りが多くあった。

・あさひが丘学園では小規模ケア移行後、児童発達支援管理責任者も児童入所部門の責任者として現場実情を把握する為に、現場の勤務に従事するようにしている。しかし、外部からの連絡（児童相談所や特別支援学校）対応が多く隙間時間を見つけ児童と関わり、現場に入ること職員との情報共有を行っている。

・児童の豊かな生活には職員の支援スキルの向上が不可欠である。日常的に対応困難な児童の対応には、児童発達支援管理責任者が当該児童のキーパーソンの役目を果たしながら、現場職員をサポートする役割を担っている。

・記録の作成について、外部とのやり取りが多くなればなるほど記録も多くなる。記録としての記載をベースに職員間の情報共有、上司報告のための記録作成等業務の多くを記録に費やしている。現在ではグループウェアなどを活用し効率化を図っているが更なる改善が必要である。



## 2) 心理担当業務 【調査実施期間：平成 30 年 1 月 10 日～15 日】

・心理担当業務は児童指導員と兼務で行っている。概ね月に 2 日検査日を設け新版 K 式発達検査を実施している。検査結果はチーム内で支援に反映できるよう、具体的にどのような支援が有効か、本人が理解しやすいか等についてチーム会議等で伝達している。

・今期間中、感染症疑いの児童への対応等、突発的な出来事があり、予定していた心理担当業務の時間の確保が困難な状況があった。

・現状、月に 2 日ほど心理担当業務日が設定してあり、それ以外は児童指導員として通常業務を行っている。発達検査の実施としては月 2 日で十分ではあるが、それ以外の心理業務を行う場合には月 2 日では不足するのではと思う。

## 3) 看護師 【調査実施日：平成 30 年 1 月 5 日】

・臨時通院を含めると通院回数は 3 回であり 6.25 時間(準備～記録まで)を要している。

・通院業務では、事前の情報収集や保険証や車両などの手配から医療機関での情報提供や医師から指示受け、検査・診察時の介助、薬処方の際は薬剤師とのやり取り、学園での薬セットや現場職員への情報伝達などがある。

・医師への情報提供の際は、発熱や食欲など客観的報告を行う場合と、情緒面など現場職員からの情報を元に児童の気持ちを代弁する場合もあるが、児童の気持ちを反映して伝えられているかと思い悩む場面もある。

・通院の際は、児童の表情や咳・鼻水など体調観察や予測される検査の場合は、事前に説明をすることや会話を通して最近の様子を知ることが出来る。

・今回は、看護師の定期通院の合間に臨時通院を行ったが、定期通院が遠方である場合や受診に時間がかかる場合は、現場職員の応援での通院となり、現場が手薄になることもある。

・体調不良者、怪我者などは、朝夕の検温や朝礼報告、また学校からの連絡や関わりの中で把握することが出来、その後の経過で医療機関への相談が必要な場合は臨時通院を行い体調管理に努めている。

・受診後の状態把握にも努めている。

・日常管理：薬棚より、ユニットごとの薬袋に内服時間ごとにチェック表を確認して入れる。

・週末管理：薬棚 週末の日付と朝・昼・夕・就寝の場所に利用者の薬があることの確認を行う。

・指示受けした薬管理：指示された薬内容の確認後に薬棚に日付・内服時間毎に分けて入れる。

・本来看護師は客観的な観察を行うが、児童に関しては、成長・発達段階の時期であること自分の気持ちを他者に伝えることが難しい場合もあるために相手の立場に立った観察を行い、気持ちを代弁することもある。

・児童の中には、自分の思いを伝えることの難しさや恥ずかしさなどがあり、気持ちを汲み取りながら接することも多くある。

・また、成長・発達段階の時期であること、成長を見守り、生きていく力や社会性を身に付けていく支援をしている。

## 4) 保育士 【調査実施日：平成 30 年 1 月 13 日、14 日、16 日、17 日】

・A ユニットは職員が 2 名勤務していることが多い為、休日の支援も手厚く行うことが出来ているように思える。一方で、2 名中 1 名が他ユニットに応援などに行くと 1 名体制での支援となり、全介助の児童が排泄などをした場合に応援が帰ってくるまで排泄処理を行うことが難しい現状がある。

・調理実習を行うことにより家庭的雰囲気を利用者は味わうことができているのではと思う。だが、年少児童が調理に参加すると職員を 3 人配置しても対応が厳しいことがある。

例：年長者が包丁を使った作業をしており、IH もつけているとそこにも職員が必要であり、年少者の調理手伝いの職員 3 名を配置しているが、年少者が不安定になったり急に短期入所利用者の対応をする事となると職員 2 名で年少者も見るのは難しい事がある。（利用者の状態によって）

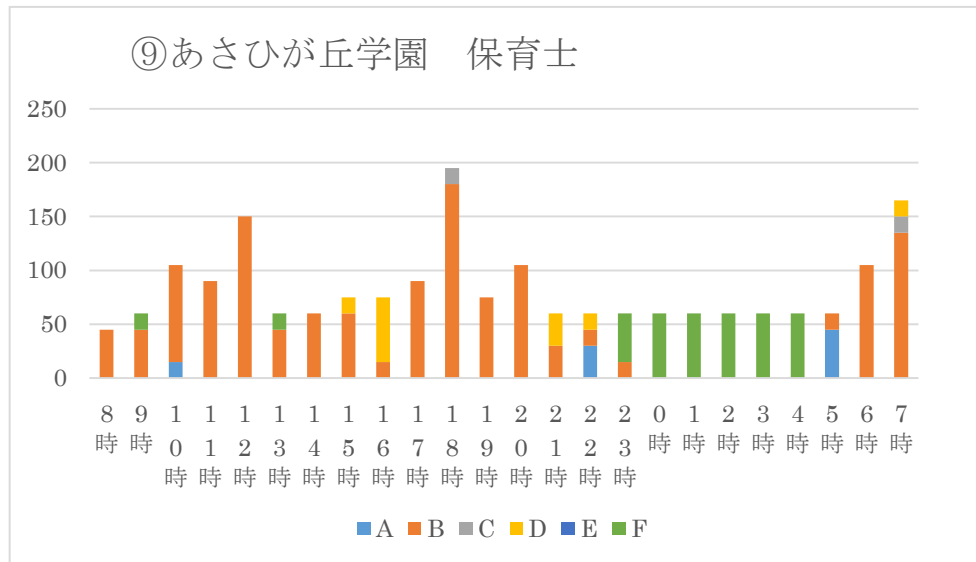
・休日になると、児童が外で遊びたいと要望が多くある。出来るだけその要望に答えるようにしているが、職員の業務スケジュール（来園者対応の為不在等）により全ての要望に答えることが出来ない為、困難に思うことがある。（現状として A ユニット利用者と短期入所児童を職員一人で散歩など連れて行くのは難しい）

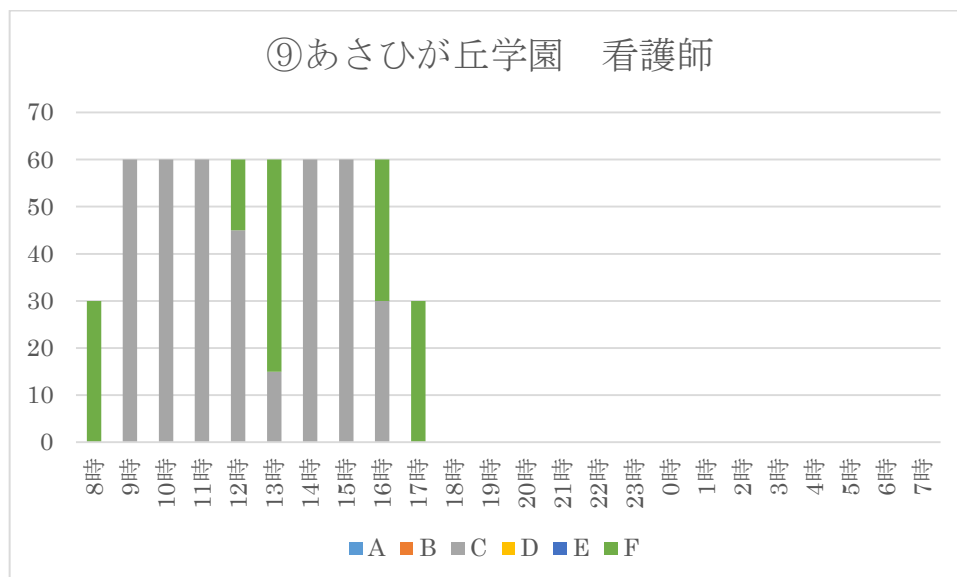
・平日の宿直業務は、在園者が居るのといないのでは業務の面で大きな違いがある。当日は、情緒面で安定しない所在不明傾向にある利用者がいた為、事務作業よりも環境整備と在園者対応に努めた。時と場合によって他職員に助けを求める必要がある。

・就寝時、添い寝が必要な児童がおり、他児童の就寝時間より前から寝かしつけるがなかなか寝付けず断勤者の勤務終了時間（21 時）を過ぎることがある。その際、退勤するまで断勤者が B ユニットの気にかけている現状がある。

・今回、タイムスタディ実施日に宿直の休憩時間（夜間）に、なかなか就寝することができない児童に対して、就寝支援（声かけ、見守り）を行ったが、児童もなかなか寝付くことができず、居室から出てくる行動が何度も見られた。児童の気持ちを受け止めながら、就寝を促すことで翌 3 時過ぎに就寝した。夜間の休憩時間中の児童対応については、超過勤務対応としているが、夜間は限られた職員数で勤務している為、複数名の児童対応が必要な場合、支援の難しさがあると感じた。

・記録の作成（ケース記録の入力）について、業務の合間を見て行ったり、勤務者で協力しながらその時間を確保している。日々の記録は、児童の支援計画や職員間の情報共有においても非常に重要な業務であるが、児童の状態や日によっては、勤務時間内に日誌入力作業ができないことがある。





## ⑩ 若久緑園 (福・知的)

### 1、対象

○児童発達支援管理責任者・・・1週間の業務記録

○進路支援担当者・・・1週間の業務記録

○看護師・・・日勤 8：30～17：30 1日の業務記録

○若葉寮 職員5名 所属児童19名

児童指導員 宿直 13：00～翌15：30 [22：00～6：00休憩]

○双葉寮 職員7名 所属児童21名

児童指導員 夜勤 16：00～翌9：30

○青葉寮 職員7名 所属児童20名

児童指導員 早出 7：00～16：30

児童指導員 遅出 13：00～22：00

※ 他にも職員の勤務状況としては、数多く存在しますが、「時間が足りなくて調査出来なかった」ということが現状です。

### 2、結果

#### 《若久緑園の現状》

児童数が80名定員に対し、H30.2月現在80名の児童が入所している。

直接処遇職員は30名。その他に看護師、介助員を配置。(国の配置基準は、19名)

80名という大規模である為、20名ずつの4寮体制で中規模的に支援をしている為に、職員数もそれなりに確保しなければ、職員のローテーションが回らない現状がある。

(※ 詳細は勤務状況参照)

福岡市の福祉型障害児入所施設の配置基準には、看護師配置は無いが、80名の子ども達の健康状態・病院への通院状況を考えると、専門的な看護師の配置は必須と考え、開園当初から配置を行っている。

また、若久緑園は福岡県から移管を受けた当初から加齢児0名を実行している。その背景には、進路支

援担当者を配置し、学校（進路専科）との連携は勿論、保護者・各児童相談所・移行先の成人施設・相談支援事業所・市町村（役所）等との連携を中心に業務を行い、15年間加齢児0名を継続している。その中でも若久緑園の特徴は、余暇活動であり、子ども達に幅広く提供することと子どもと職員が楽しみながら余暇活動を実行している。

#### ◇児童発達支援管理責任者 [H30. 1. 22～1. 28]

若久緑園の児童発達支援管理責任者は、施設支援部の係長を兼務しており、児童発達支援管理責任者の業務は勿論、支援部の責任者として、学校・児童相談所・発達教育センター（教育委員会）・行政等とのやりとりも行っている。

また、係長として、現場のローテーションにも入り、児童の現状把握や各職員のフォローも行いながら、特別支援学校の生活支援専科とのやり取りもほぼ毎日のように行っており、多忙になっているのが現状である。

児童発達支援管理責任者が行う個別支援計画も主任2名（児童発達支援管理責任者講習受講済み）との連携で80名の個別支援会議、モニタリング会議等を実行している。調査期間中では、療育手帳の再判定や児童の困難ケースの通院報告も実施している。その多忙な中、余暇活動のサッカー担当者として、スポーツ教室等の送迎や指導も行っている。

#### ◇進路支援担当者 [H30. 1. 21～1. 27]

進路支援担当者は施設支援部の主任を兼務している。上記の係長と同様に現場のローテーションに入りながら、空いた時間を利用して、進路支援を実行している。進路支援担当者の業務は、学校（進路専科）との連携は勿論、児童の担当者との進路協議、保護者への意向確認、進路先への挨拶訪問（福岡県内全て）、児童福祉法から障害者総合支援法への移行すべき諸手続き（児童相談所・役所等、場合によっては生活保護申請まで）を行っている。

主任業務としては、入所児童の現状把握、各職員の職務状況把握、各種委員会・会議等の調整も行っている。その結果、園外の勤務も多い為、園内の業務と外回りの業務が煩雑になっており課題である。

#### ◇看護師 [H30. 1. 15]

入所児童80名の医療的ケアを介助員と共に支えている。1ヶ月の平均の通院件数は、述べ100件前後になっており、夏休み等の長期休暇になると120件前後になることもある。服薬している子どもも45名程度おり、服薬管理から通院予約、実際の通院引率までを担っている。また、てんかん発作を持っていて、救急搬送になる確率の高い子どもも3名程おり、てんかん時のSPO2の測定や発作時間等から座薬の投与等の指示も行っている。また、看護師不在時もある為、救急搬送マニュアルを整備し、各職員が対応できるように習も行っている。（福岡市上級救命講習全職員51名取得）

今の時期はインフルエンザの流行の時期である為、園内感染予防やインフルエンザ発生時の対応等に追われている状況がある。また子どもだけでなく、職員の健康状態の相談も受け付けており、職員の健康状態の把握も行っている。

#### ◇児童指導員

H30. 2. 1付で80名の児童が入所している。

青葉20名（重度男）職員7名（夜勤体制）→ 早・日・遅・夜入・夜明・休・休

若葉19名（軽度男）職員5名（宿直体制）→ 宿直明・宿直入・遅・休・休

照葉20名（中度男）職員6名（宿直体制）→ 宿直明・宿直入・早・遅・休・休

双葉21名（女子寮）職員7名（夜勤体制）→ 早・日・遅・夜入・夜明・休・休

軽度の若葉寮以外は、起床から登校までを、20名の児童に対し職員2名で支援を行っている。若葉寮に関しては、軽度の児童である為、19名を職員1名で支援している。

下校後からは、入浴・夕食・学校準備等1日の中でも一番忙しい時間帯になる為、職員を3名配置し、児童への支援と雑務（洗濯・学校準備）を行っている。特に入浴の時間帯は、必ず職員2名体制で行っている為、寮の垣根を越えて主任やリーダーが職員配置を調整しながら毎日の支援を行っている。

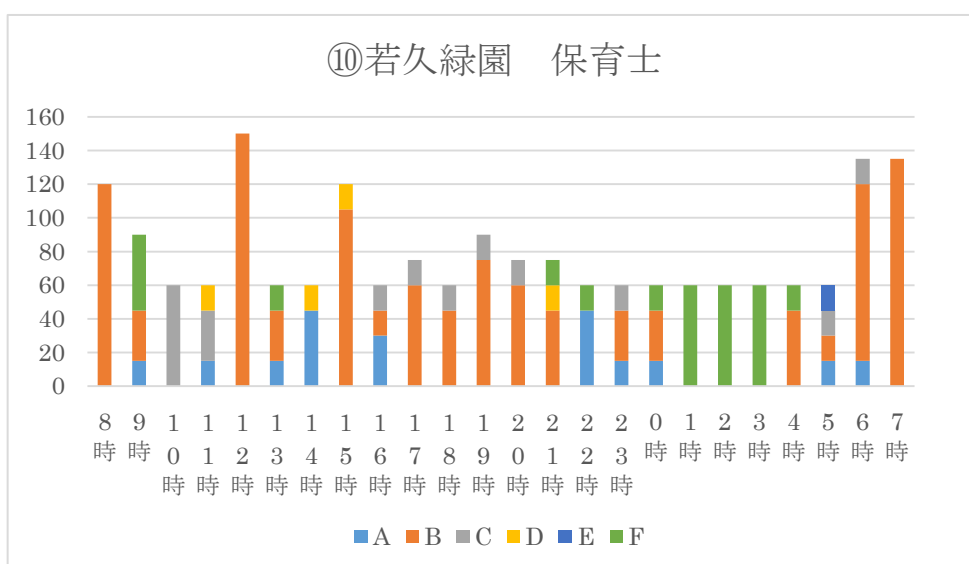
そのような状況のもと、調査の中にもあるが、児童同士のトラブルの仲裁や強度行動障害のある児童への対応等突発的な対応にも追われていたり、軽度の児童の園からの飛び出し等の対応にも追われたりすることもある。

若葉・照葉に関しては宿直体制である為、22時以降は業務時間には含まれていない。しかし、現状は児童が起きていたり、児童の個別の相談を夜遅くまで聞いたりしている場合もある。深夜帯では、夜勤体制である青葉と双葉が園全体の見回りを1時間に1回行っており、児童の状態の把握に努めている。

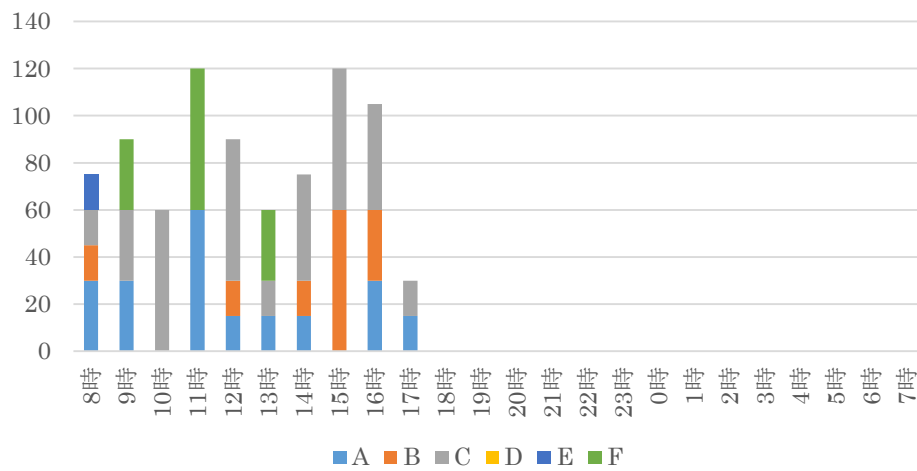
また、土・日や長期休暇等になると児童への余暇活動の提供を行う為、各職員の得意分野を生かして、児童へ余暇の提供を行っている。ソフトボール・サッカー・ティーボール・ソフトバレー・音楽活動・エイサー活動・登山等をほぼ毎週のように何かしらの活動が行われている。

しかし、その反面各職員の記録や情報共有の時間も必要である為、業務時間内に終わらないこともあり、その面での工夫は必要と感じている。昨年から「ノー残業デイ」を月3回（5日・15日・25日）設定し、意識的に残業をしないような取り組みを行っている。

最後に、最初に述べたように80名の定員で加齢児は0名である。全ての児童の進路を高校3年生までに決定し、移行支援を継続してきた。その反面、入所の受け入れも毎年数多く行ってきた。（毎年10名前後の入れ替わりがある）その為、入所と退園が目まぐるしく行われ、児童も新規入所児童に影響を受けたりして、安定した生活が送れていないこともある。また、職員も移行支援と受け入れ支援を同時進行で行っている為、落ち着いた支援がなかなかできないことも現状としてある。経営的な側面でも児童の入れ替わりが激しい為、安定した経営が難しい面もある。



⑩若久緑園 看護師



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。

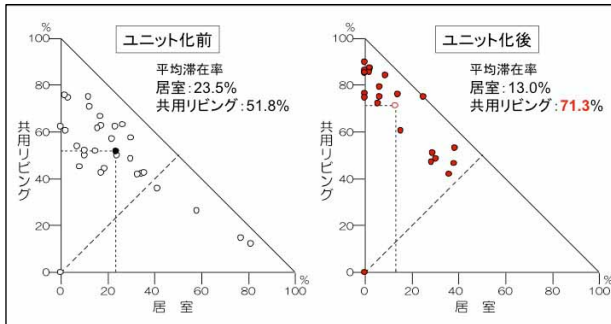
【研究方法】

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た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、入所障害児童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「良好な家庭的環境」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。

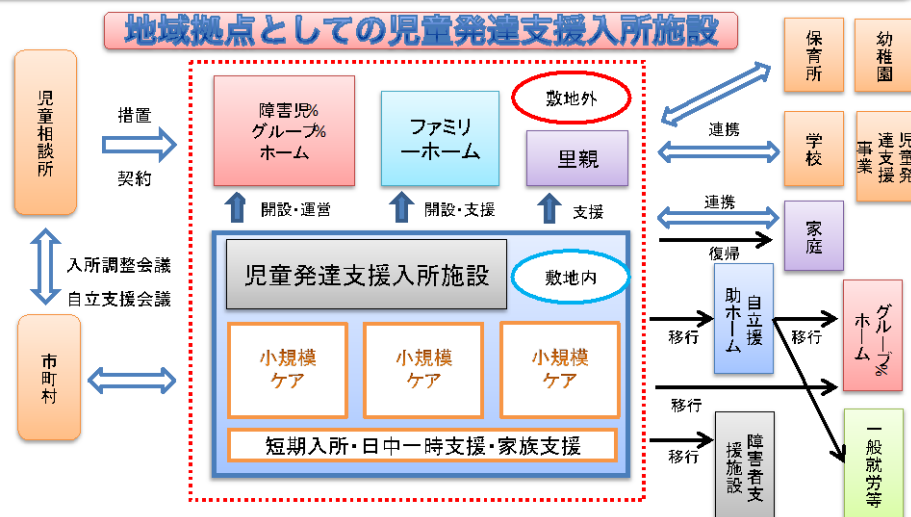
障害児入所施設を退所後に家庭へ戻れる障害児者は少なく、地域で自立して生活(就労と居住空間)できるように(障害が重ければグループホームなどの居住空間の提供)小児期から成人期へ切れ目のない地域の支援体制ネットワーク作りが必要である。そのためには、地域に開かれた施設運営が求められる。さらに、「障害児入所施設」から、「児童発達支援入所施設」への名称の変更も今後検討されるべき課題である。(岡崎・水流、湯浅ら、日本知的障害者福祉協会)。

## 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/shougaisahukushi/cyousajigyou/sougoufukushi/h23\\_jigyo-14.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/cyousajigyou/sougoufukushi/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、生きている実感を味わうことができる。

## 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 今の生活はどうですか？

- ・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、知らない子どももありました。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

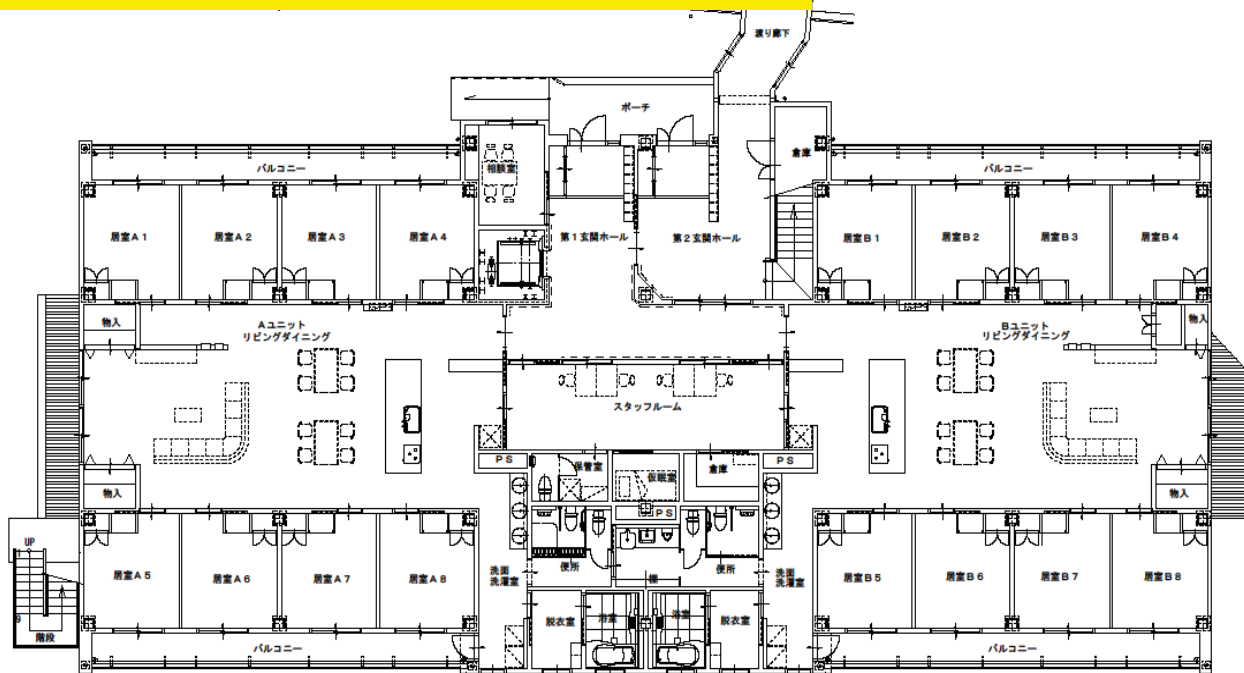
## ユニット構成

○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



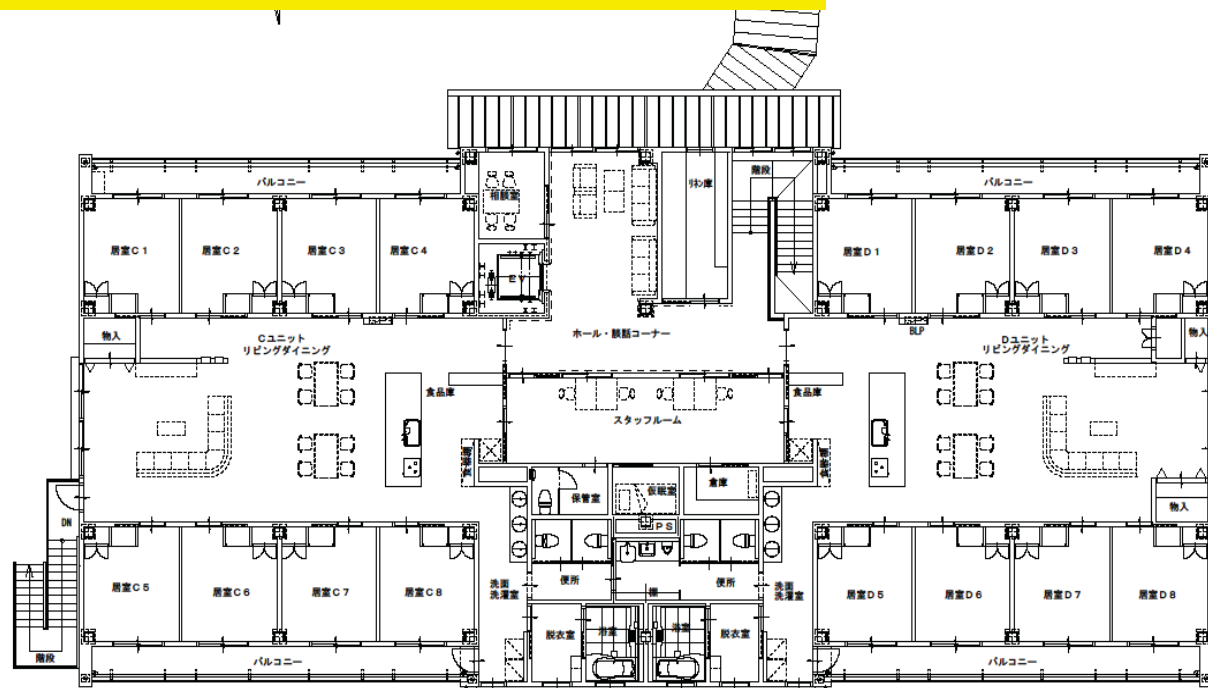
# あさひが丘学園 平面図1F



1階 平面図

3

# あさひが丘学園 平面図2F



2階 平面図

4

# 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

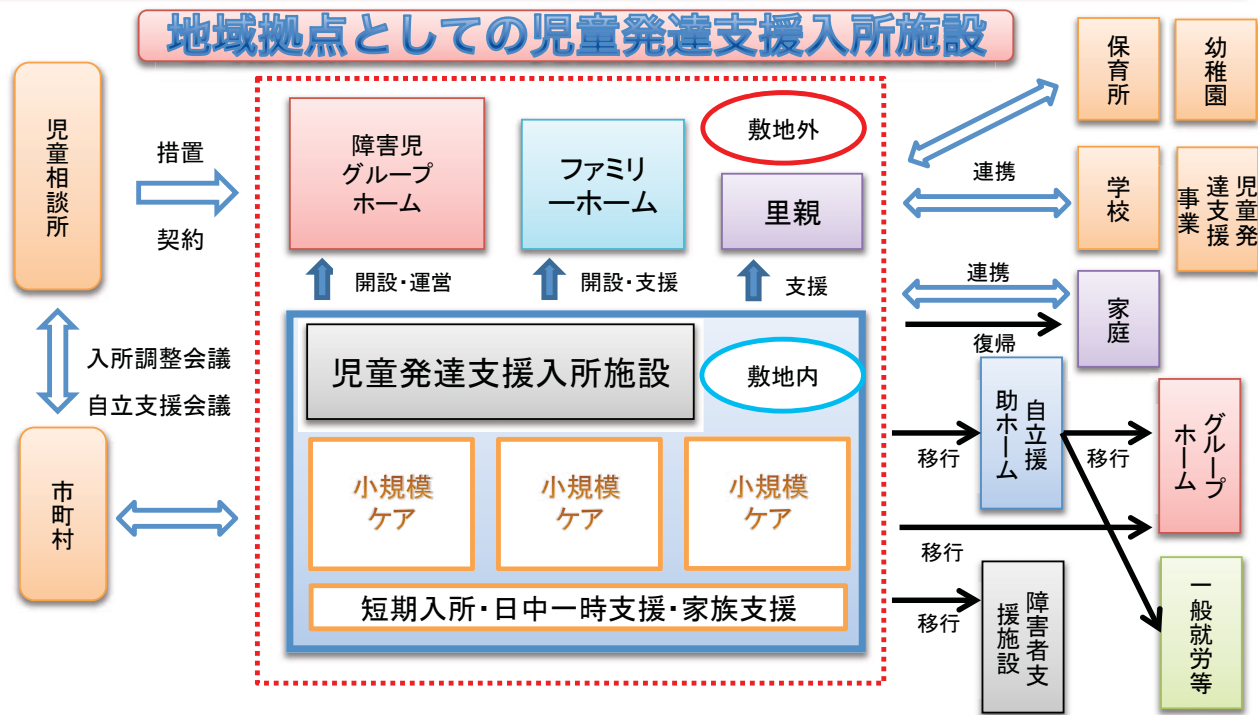
勤務体制	1F ABユニット				2F CDユニット			各フロア
	Aユニット	Bユニット	共通		Cユニット	Dユニット	共通	共通
	A⑥	B⑥	夜勤	日勤	C⑥	D⑥	宿直	女男1名ずつ
								児童部見守り
6:15	6:15	6:15			6:15	6:15		
7:00								
8:00								
9:00	9:15	9:15	9:00		9:15	9:15	9:00	
10:00				9:00			9:00	
16:00			15:30					
16:00	16:00	16:00			16:00	16:00		16:00
17:00								
18:00				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
	A⑥	A日	B⑥	B日	日2	夜勤	C⑥	C日	D⑥	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		9:00
11:00		10:00		10:00	10:00			10:00		10:00	
15:00											
16:00						15:30					
16:00	16:00		16:00				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

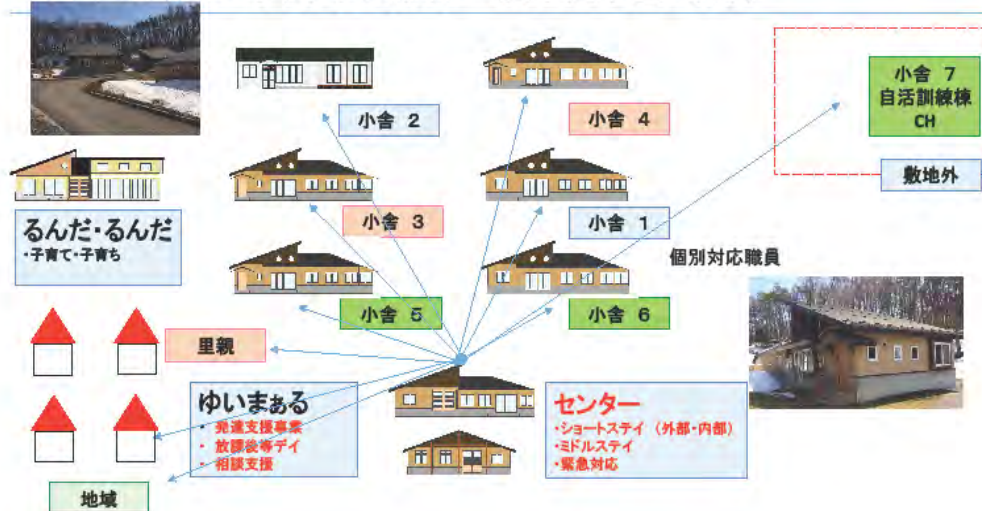
栄養士 1 名

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

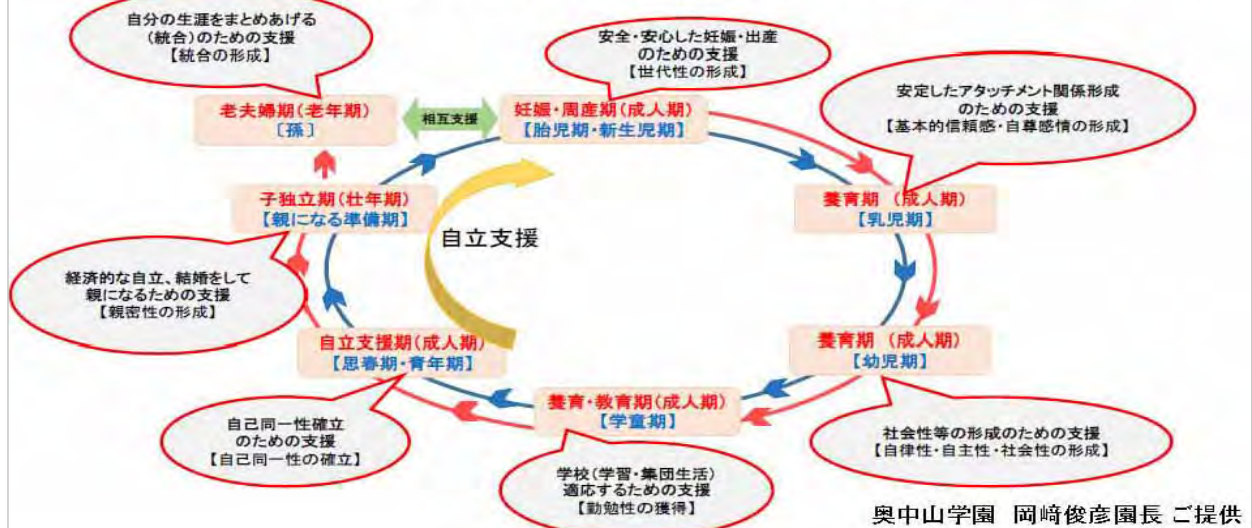
## 子どもの状態像

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。



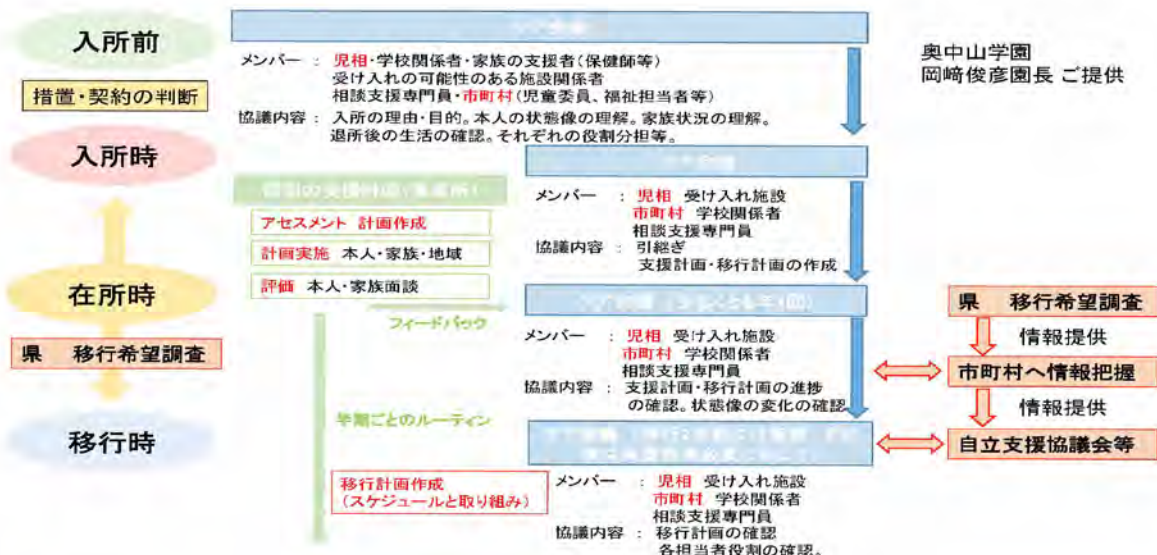
## 家族全体を対象にした切れ目のない包括的ライフサイクル支援 ー ポピュレーションアプローチとしての全家庭支援 ー



## 現状・課題

奥中山学園 岡崎俊彦園長 ご提供

- 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 3 0 2 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

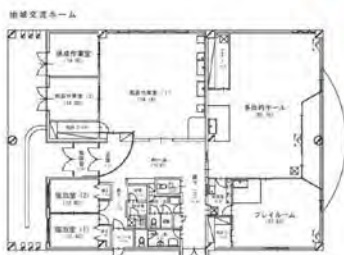
## 2. 建物の配置、ユニットの間取りなどの工夫

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）



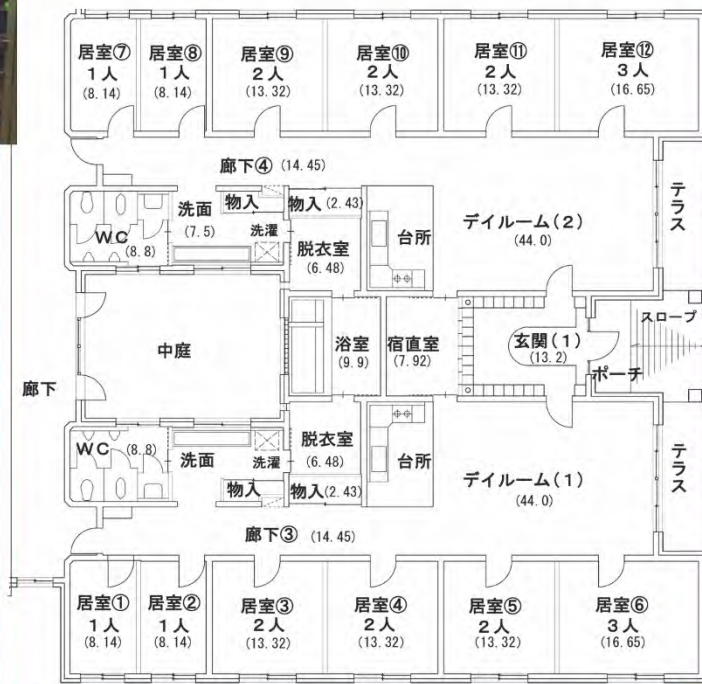


## ひまわり学園 平面図



## 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



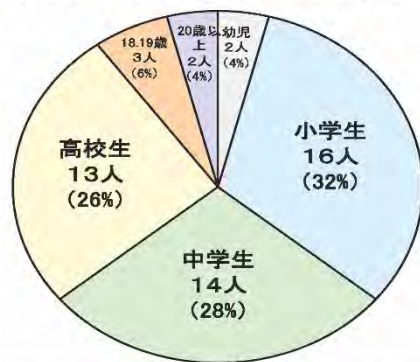
ひまわり学園 湯浅民子園長 ご提供



# 表8 ひまわり学園 直接処遇職員の勤務時間表

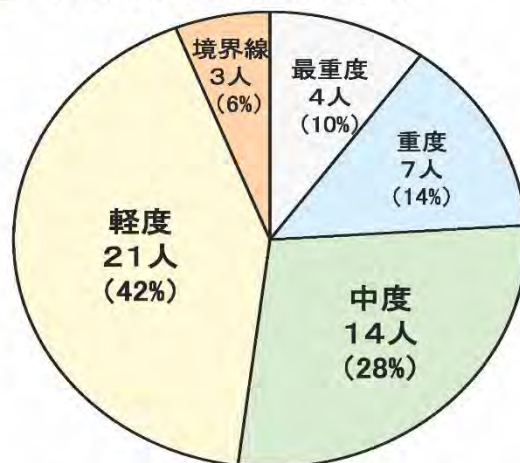
日課		起床	朝食	登校	日中活動・療育		昼食	日中活動・療育		下校	おやつ	余暇	夕食	入浴	余暇	年齢に応じて就寝					
勤務		6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00			
A勤																					
B勤																					
C勤																					
D勤																					
E勤																					
断続勤務	G1	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

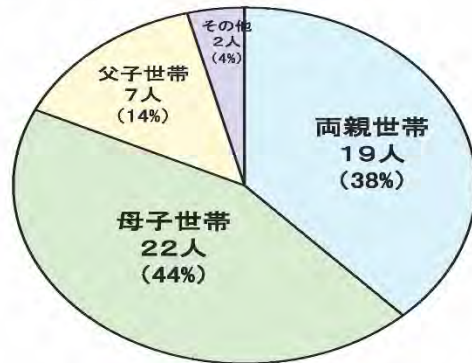
障害の状況 (平成29年11月1日現在)



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、 愛着障害、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）

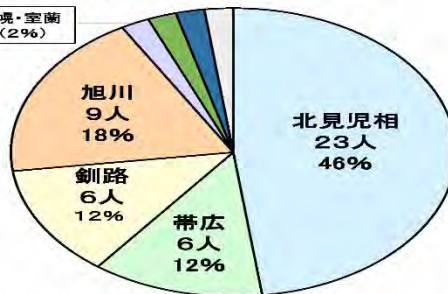


世帯状況	両親世帯	ひとり親世帯		その他	計
		母子世帯	父子世帯		
人数	19 (6)	22 (3)	7 (2)	2	50

※（ ）は契約入所児童（再掲）

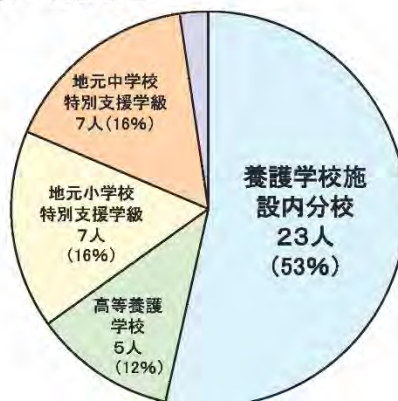
## 児童相談所別内訳（～19歳まで）

岩見沢・中央・札幌・室蘭  
いずれも各1人(2%)



	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					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
北海道紋別養護学校	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。
ひまわり学園分校	7	
	7	
北海道紋別高等養護学校	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などで通学(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

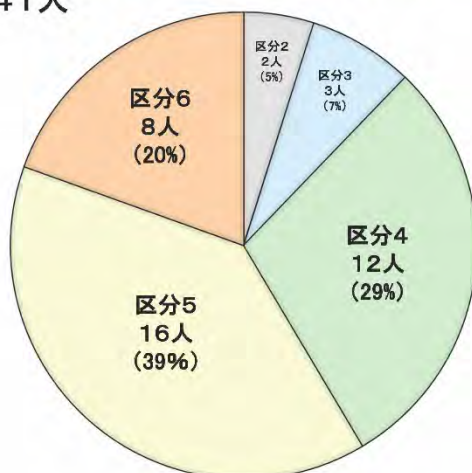
ユニット名		人数	平均年齢	構成メンバー	児童の特徴等	またの呼び方
本園	育ち寮	9	9.6	小学生、中学生の男児 特支在籍児が多い。	多動 元気いっぱい 粗暴、甘えたい盛り、学校不適応	養護施設系寮
	望み寮	9	14.3	小学生、中学生・高校生の男児。養護学校、特支、普通高に在籍	強いこだわり、パニック、他害、破壊、情緒不安定、学校不適応	心理治療施設系寮
	光り寮	10	11	幼児、小学校低学年の男児 小学生、中学生、高校生の女児。特支在籍が多い。	ADLの自立、甘えたい盛り、思春期による情緒不安定	養護施設系寮
	恵み寮	10 (2)	17.4	小学生、中学生、高校生女児。高校を卒業した女性で経過の入所者、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、契約入所児が多い。	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（熊本県こ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こ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熊本県こども総合療育センターにおけるユニットケアの目的

熊本県こ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味を持つ。

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木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できるように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延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ではなく、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、子どもの視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

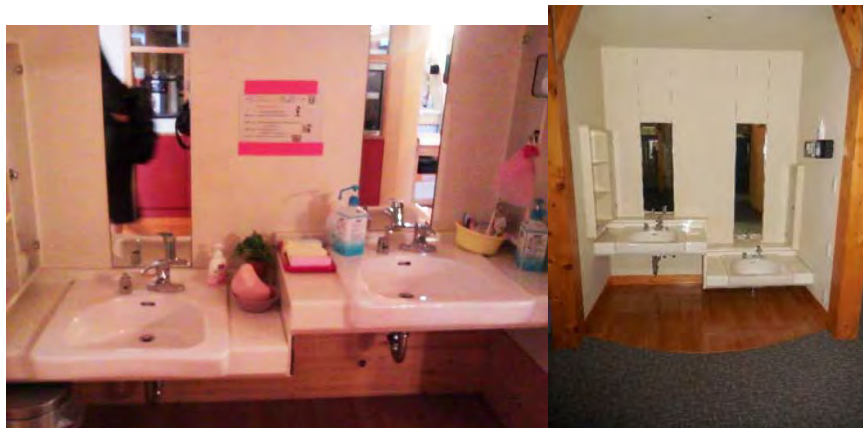
玄関は引き戸になっていて、子どもからは見えにくいところに鍵がついている。玄関前にポストが置かれており、毎日子どものために新聞が1冊届くようになっている。新聞が好きな子どもは毎日新聞を持ってきて、スポーツ欄・TVの番組欄を一生懸命読んでいた。

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

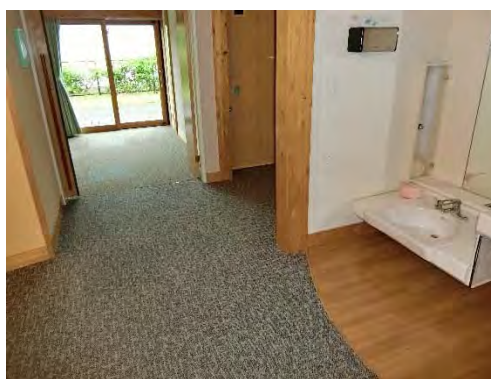
リビング・談話コーナー・ウッドデッキなど、空間分けがされていて、どの場所でどんな風に時間を過ごすかの選択・決定権は子ども側にある。



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

### ⑪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

### ⑫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）

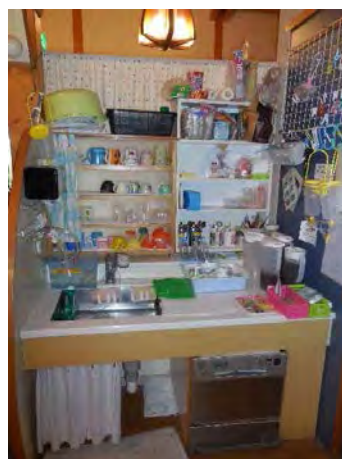
生活棟の中心にはサテライトキッチンというキッチンスペースがあり、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく、安全で美味しい食事を提供するため、食事時間になると調理師がキッチンにやってきて、最終加熱・盛り付け・配膳するようになっている（クックチルシステム）。キッチン内には衛生管理上調理スタッフしか入ることはできないが、全面ガラス張りになっていて、調理している様子を外から見ることもできる。

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。昼食の時間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→  
車いすで利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までに起きるよう促している。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けばよしとしている。

### 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。経管栄養の子どもと一緒に食卓を囲む。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习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ているのは、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、子どもの個別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必要不可欠である。

##### **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>＜食事＞ 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>＜誕生日祝い＞ 何人かまとめて祝う。</p> <p>＜掃除など＞ 職員が行う。</p> <p>＜入浴＞ 大浴場で 10 名程度、毎日固定時間で入浴</p>	<p>＜食事＞ 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>＜誕生日祝い＞ その子どもの誕生日にその子だけのお祝いをする。</p> <p>＜掃除など＞ 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>＜入浴＞ 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>＜食事＞</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>＜入浴＞</p> <p>週 2 回、昼食後から全員で入浴する。</p> <p>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。</p> <p>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>＜日中の過ごし方＞</p> <p>重症児は 2 つの居室（5～6 名）で職員が一人つく。</p> <p>多動児は 1 つの居室（5 名）</p>	<p>＜食事＞</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>＜入浴＞</p> <p>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。</p> <p>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>＜日中の過ごし方＞</p> <p>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>	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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）。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・お手伝いをする子どもが増えた。</p> <p>・自主的行動が増える。</p> <p>・子どものための時間を有効に使えるようになる。</p> <p>・ADL が向上する。</p>

	<p>で、職員が一人つく。</p> <p>自立児は、学習室などで過ごす。</p> <p>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</p> <p>多動児：多動児部屋で過ごす</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>「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。</p> <p>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事ができていない。</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



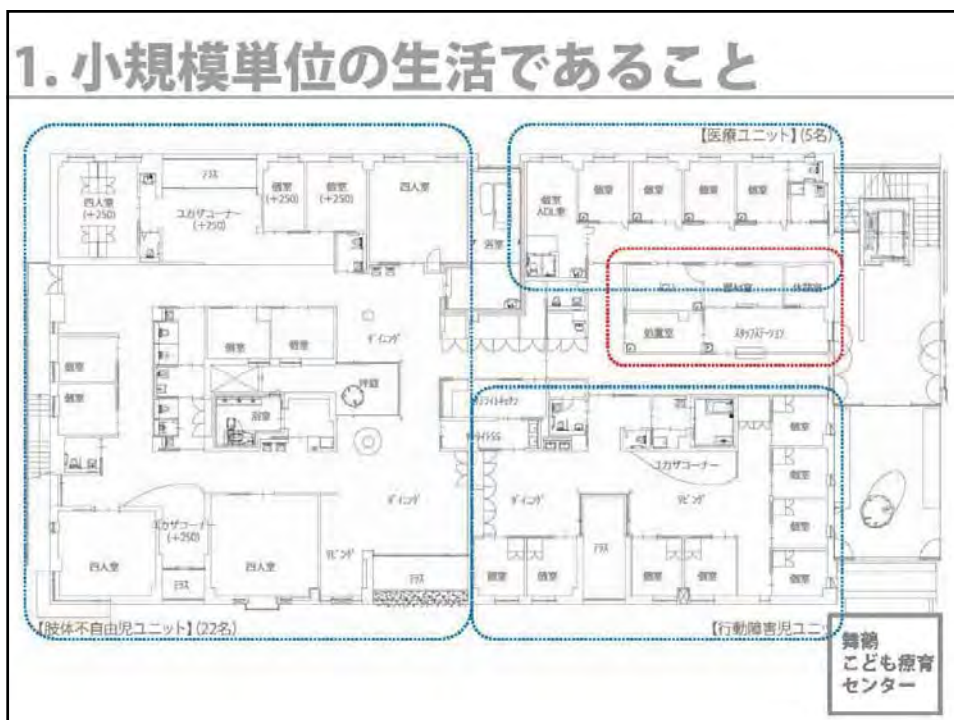
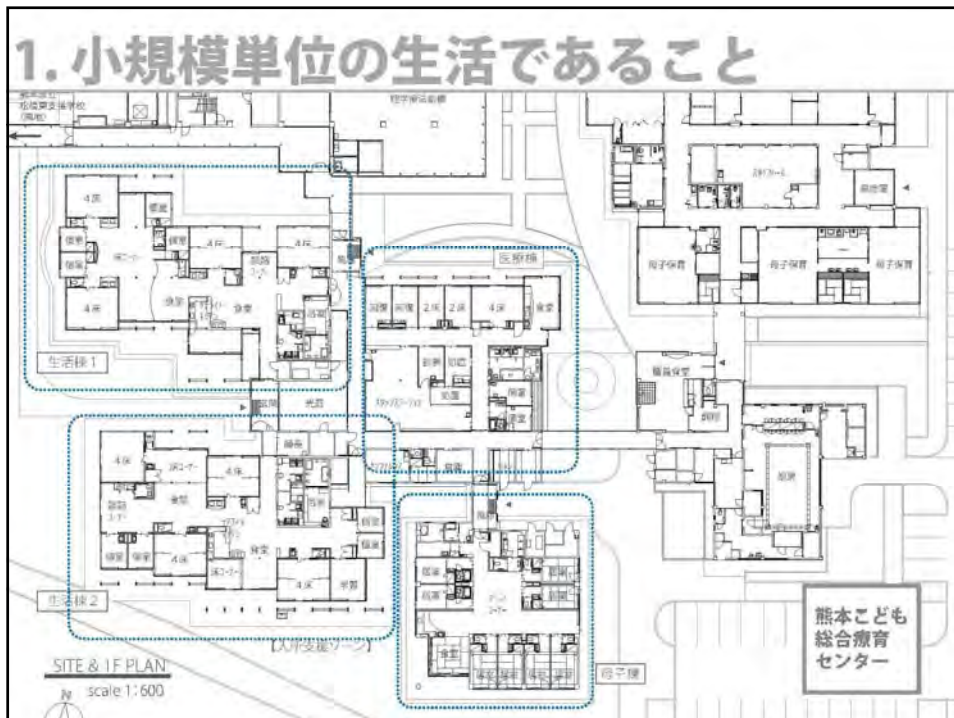
食事は楽しいか？美味しいか？  
この環境と食事で嬉しいと思うか？

## 3

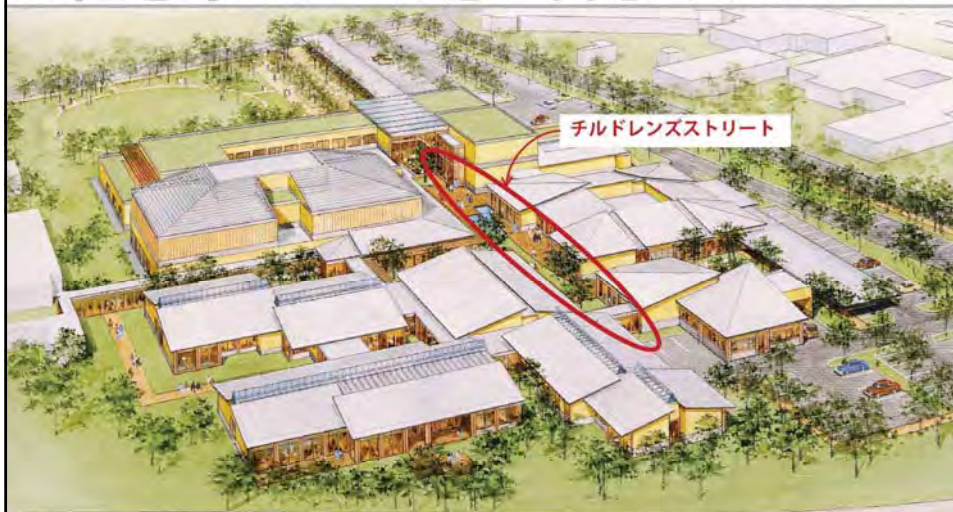
## ユニットケア空間

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、目線が近づく。

※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

過ごし方（ユカザ空間／イスザ空間）

定員	A 施設居住部面積		B-A-管理・トイレ浴室		C-B-居室		ユカザ空間面積			生活空間比率 (%)
	(㎡)	定員1人あたり	(㎡)	定員1人あたり	(㎡)	定員1人あたり	(㎡)	定員1人あたり	施設居住部比率 (%)	
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

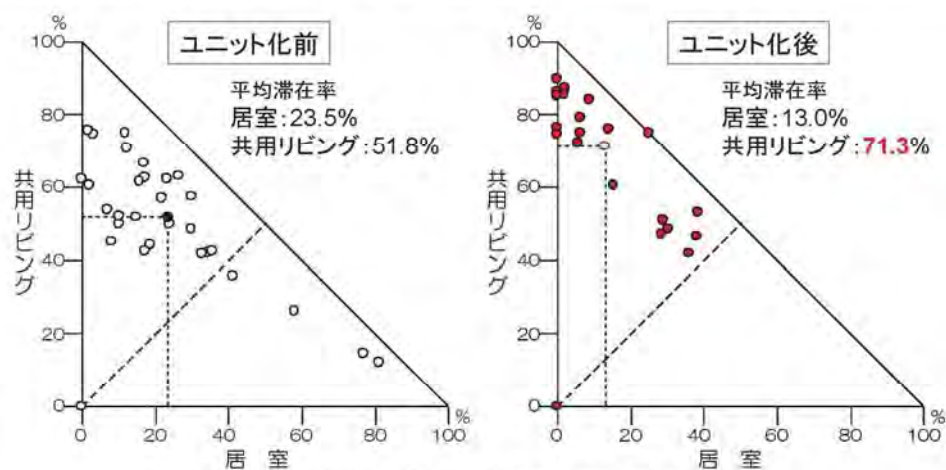




### 3. 身の置き所を位置づけること



### 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。



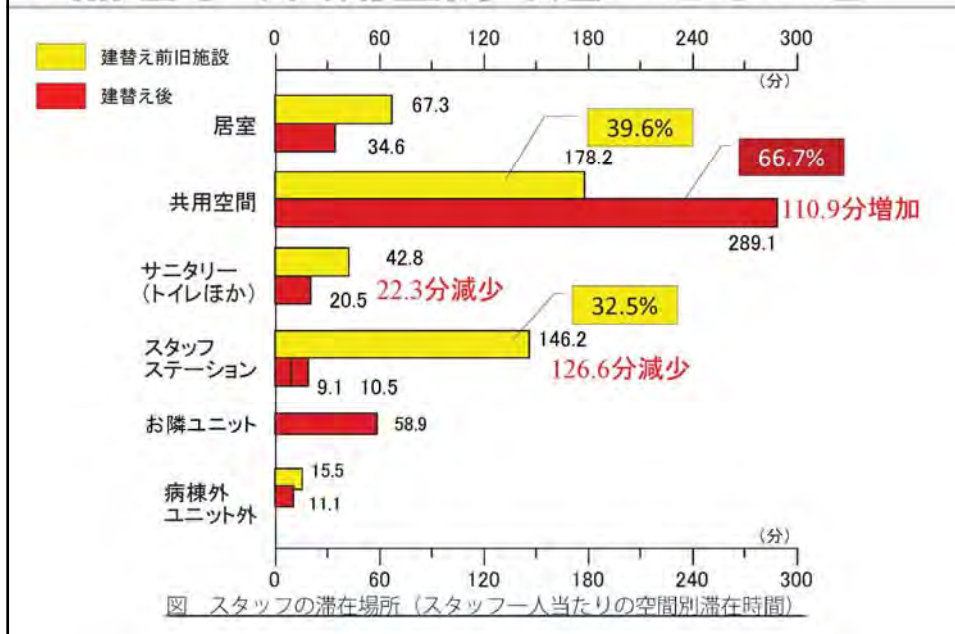
発達障害等の子どもの居場所となる



#### 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



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



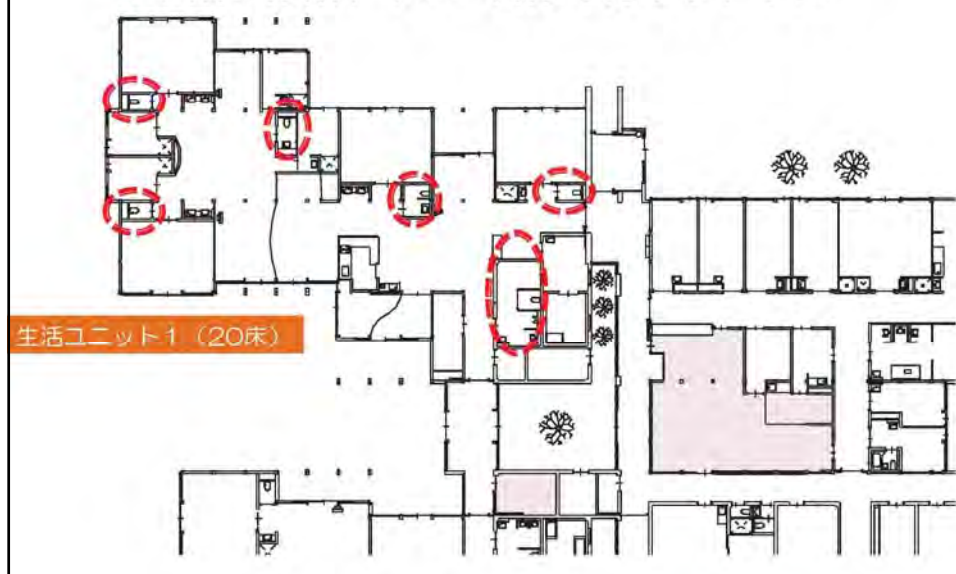
洗濯に関する行為は、ものの管理意識も向上する

#### 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



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の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。

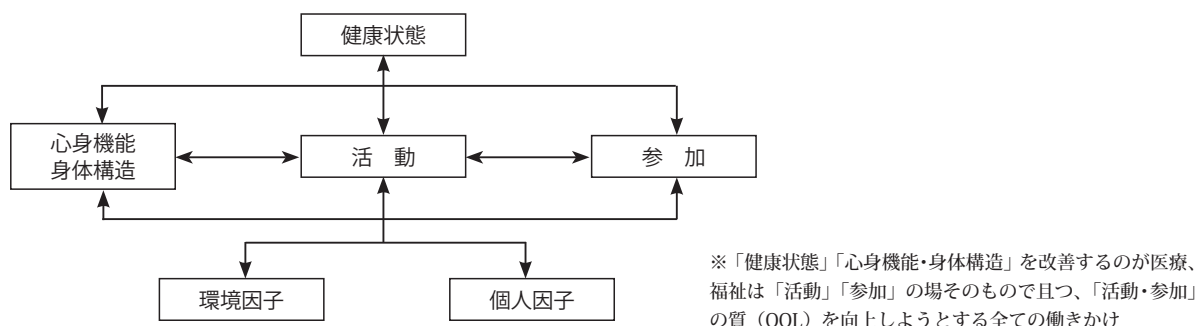


図1 ICFの構成要素間の相互作用

## 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へと再編され、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。

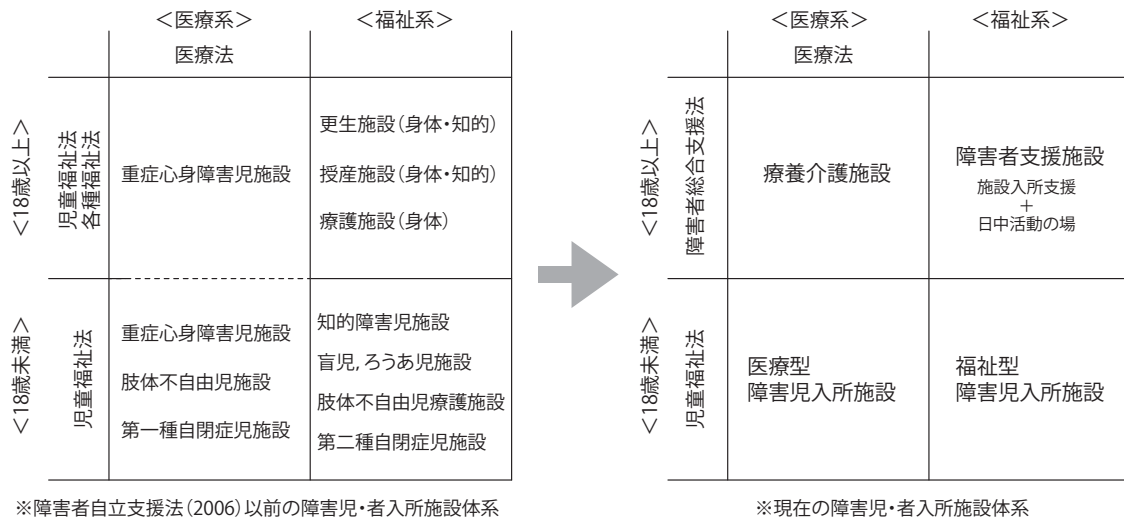


図2 障害児・者の入所施設体系の変化

### 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
4-6 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
4-11 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
4-16 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
4-21 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
4-26 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
4-31 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
4-5 暴言暴行	4-10 落ち着きがない	4-15 不潔行為	4-20 不安定な行動
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
4-21 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
4-26 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
4-31 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
4-5 暴言暴行	4-10 落ち着きがない	4-15 不潔行為	4-20 不安定な行動
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
4-21 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
4-26 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
4-31 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。

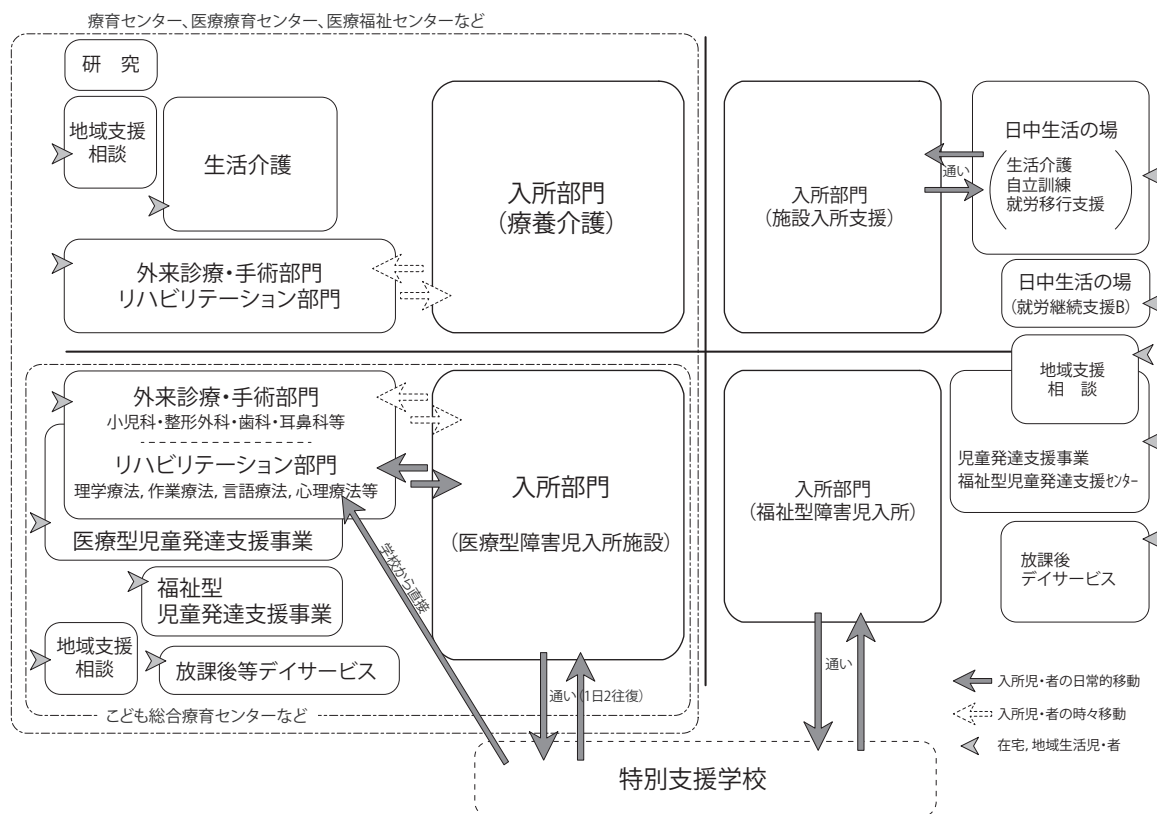


図3 各入所施設の一般的な部門構成と入所児・者の利用

### （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

障害程度の分類定義（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

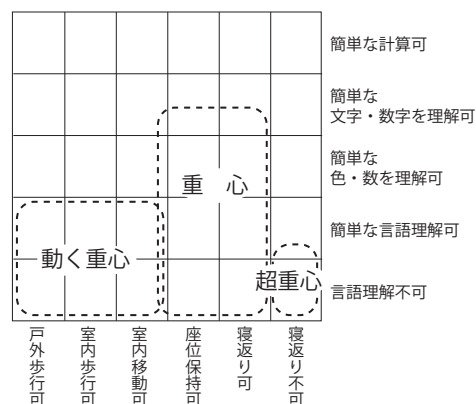


図4 療養介護のグルーピング





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

福祉系の総合支援法施設では「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

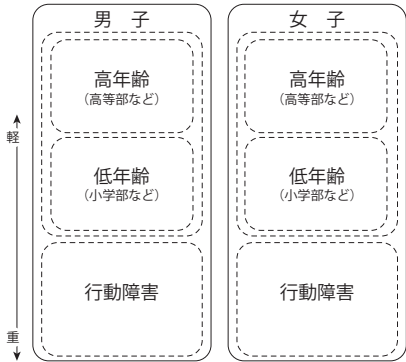


図 8 福祉型障害児入所施設のグループング

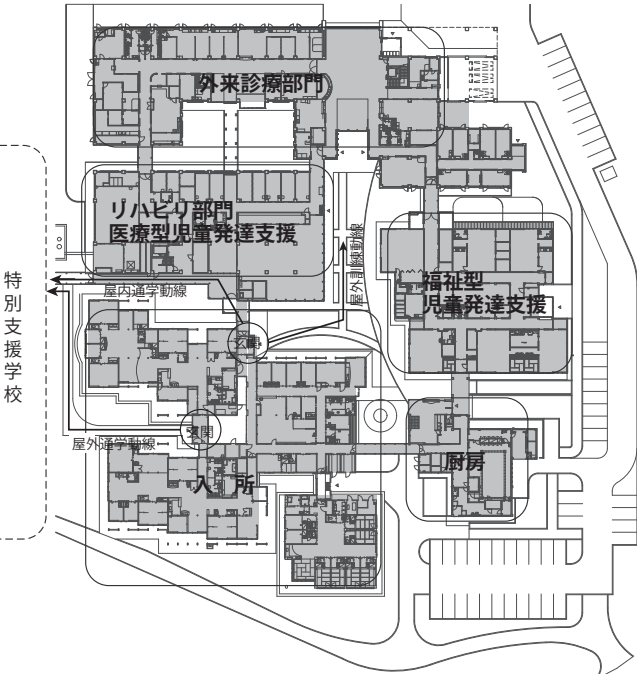


図 9 接地型配置構成の医療型障害児入所施設  
（熊本県こども総合療育センター）

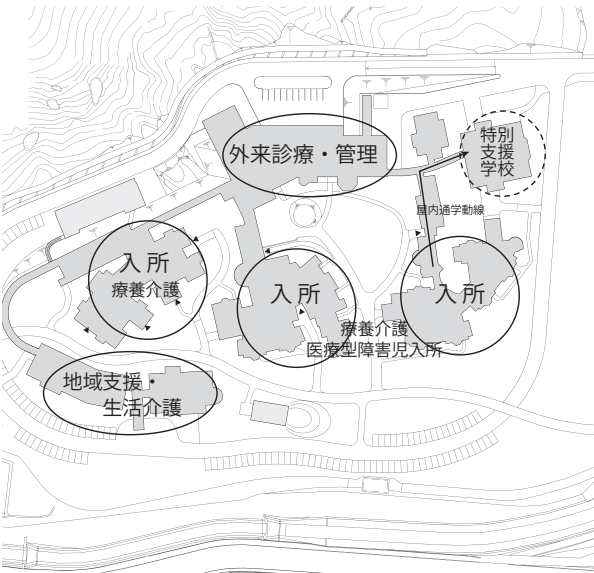


図 10 接地型配置構成の療養介護施設  
（びわこ学園医療福祉センター野洲）

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、空気をもたらす寒暑涼暖、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。

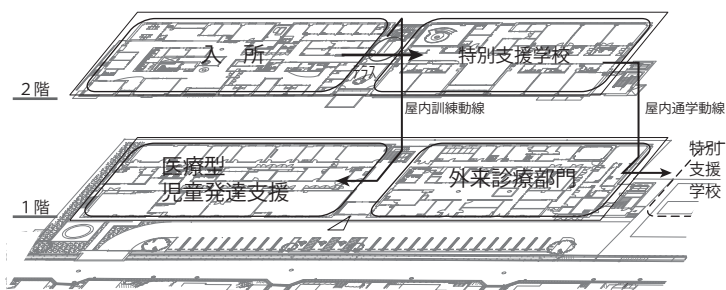


図11 積層型配置の医療型障害児入所施設  
(舞鶴こども療育センター)

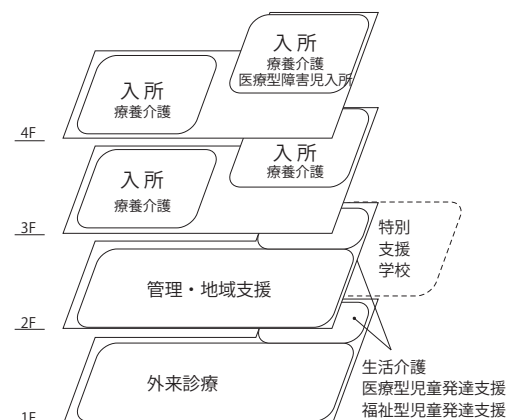


図12 積層型配置構成の療養介護施設  
(北九州市立総合療育センター)

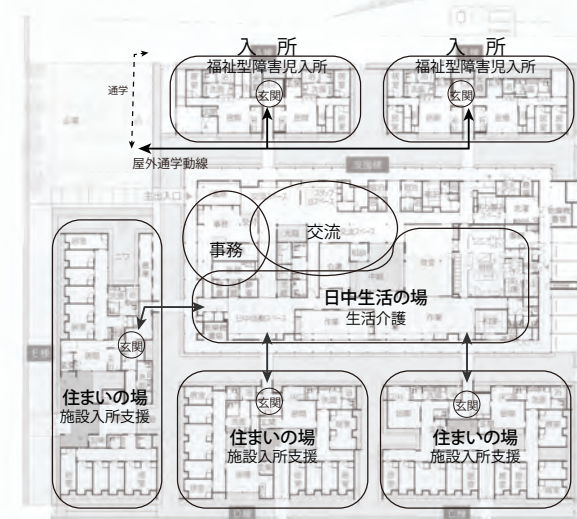


図13 分棟型の福祉型障害児入所施設例  
(小羊学園三方原スクエア／児・者併設施設)

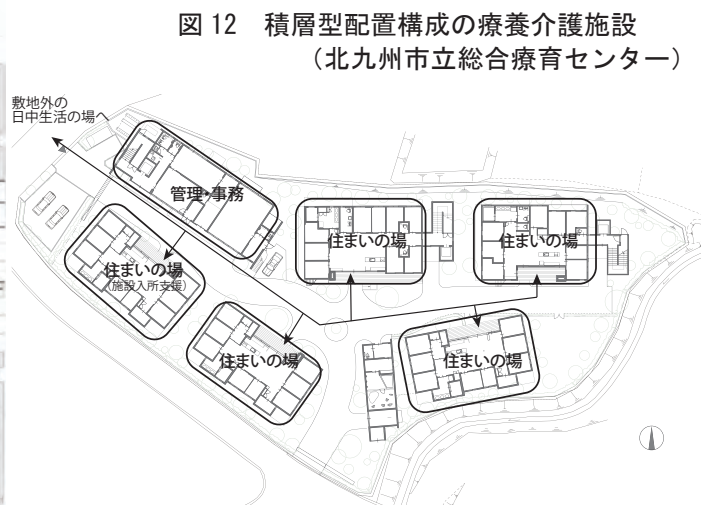


図14 日中生活の場を敷地外とした障害者支援施設  
(横手通り43番地庵)

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応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、デ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。

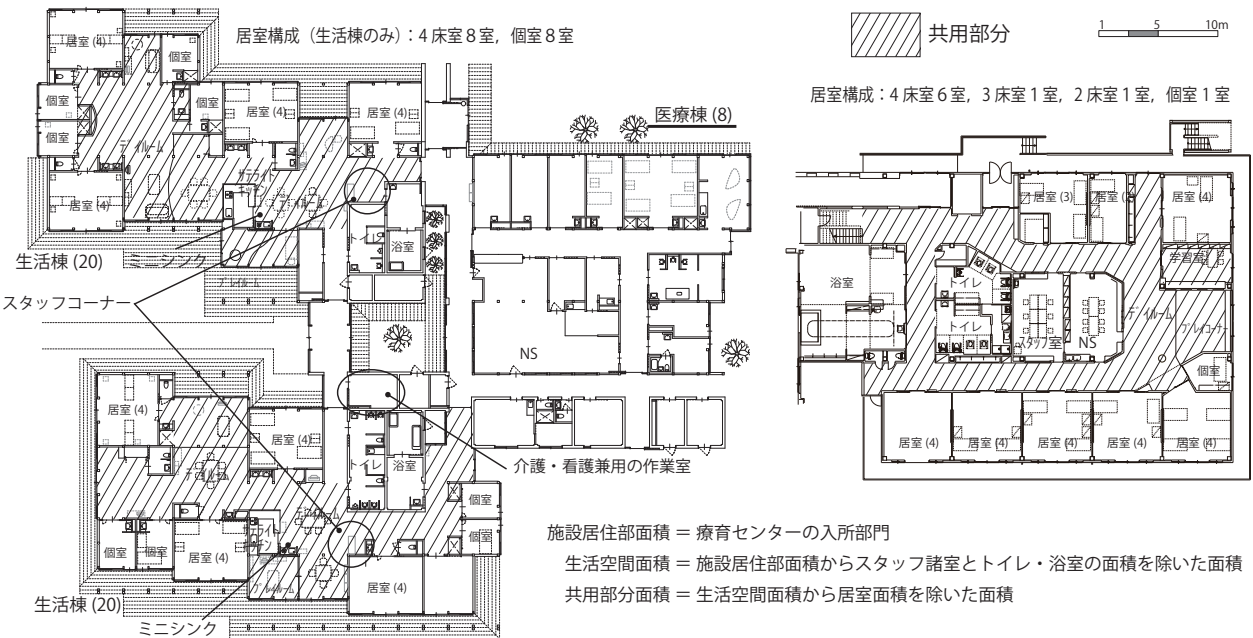


図 15 2つの医療型障害児施設の面積特性

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

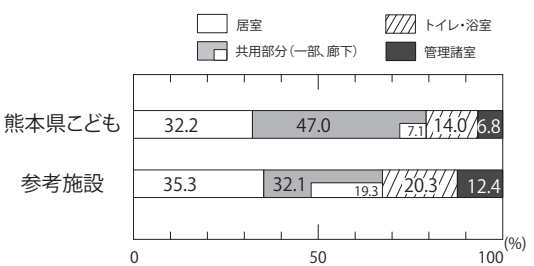


図 16 居住部面積に占める各空間割合





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。

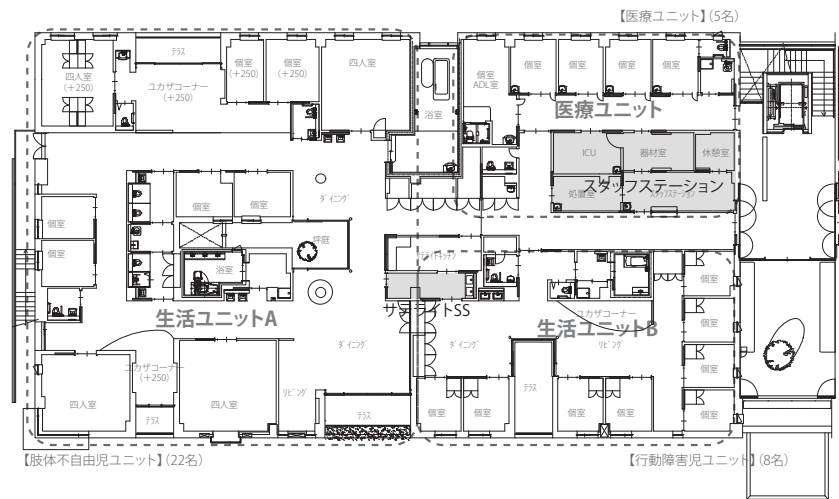


図17 スタッフステーションとサテライトSS（舞鶴こども療育）  
※サテライトSSは生活ユニット職員のPCや看護記録の保管場所

### 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の設置

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、従来の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。

- ・熊本および舞鶴のこ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 看護師等が使用できるミニシンク  
共に、熊本こ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。

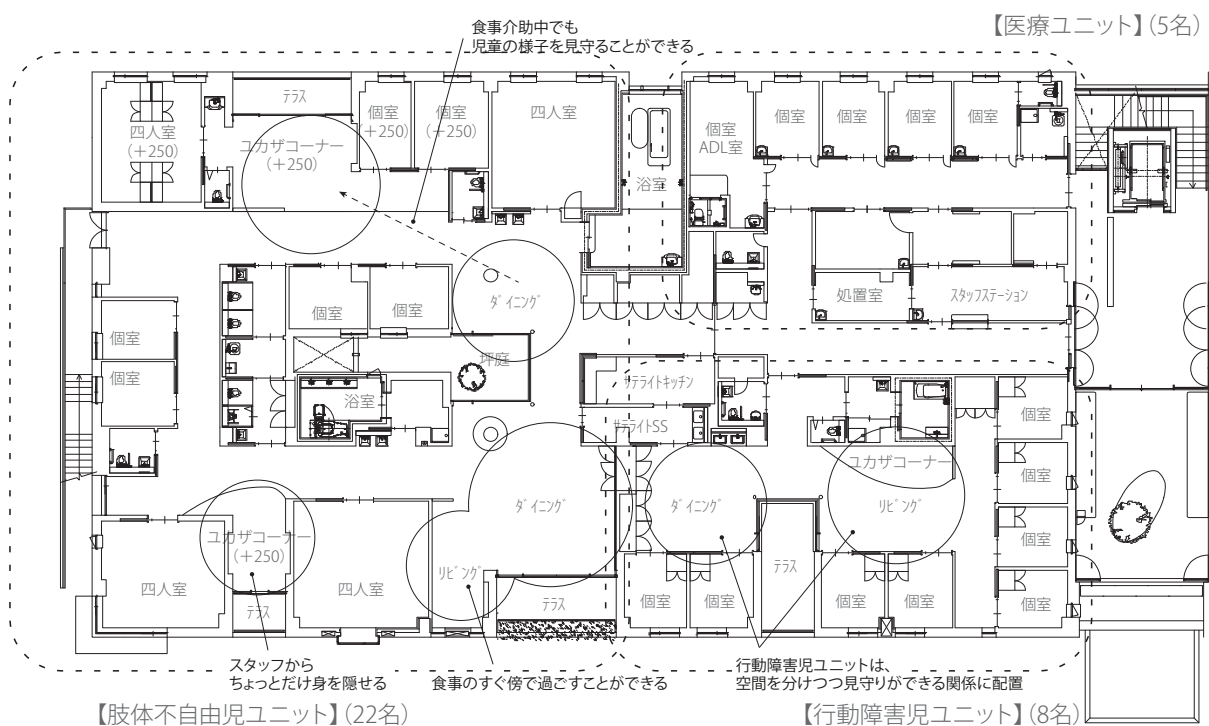


図 18 医療型障害児入所施設のくつろぎ空間事例（舞鶴こども療育センター）

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いる場合が多い。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。

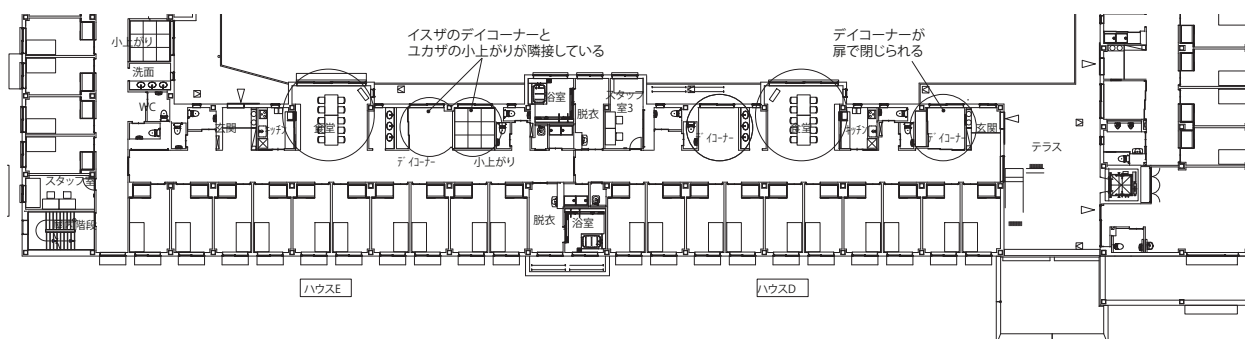


図 19 施障害者支援施設のくつろぎ空間事例（若楠青葉園）

### (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、日本人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）

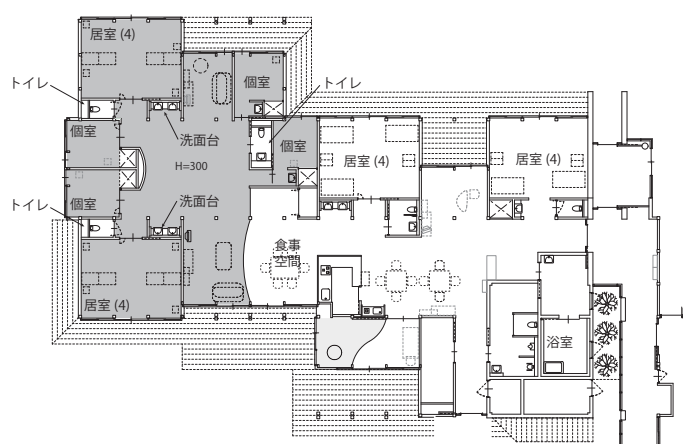


図20 医療型障害児入所施設のユカザ空間

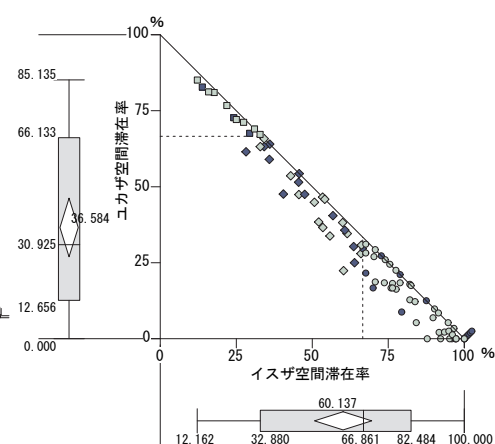


図21 医療型障害児入所施設の過ごし方

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 300 mm、舞鶴こどもでは 250 mm、別の特別支援学校では 200 mm 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、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	
施設類型	療養介護施設	障害者支援施設
	四床以下 6.4㎡/床以上	四床以下 9.9㎡/床以上
施設類型	医療型 障害児入所施設	福祉型 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	四床以下 4.95㎡/床以上 かつ 男女別居室
	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と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

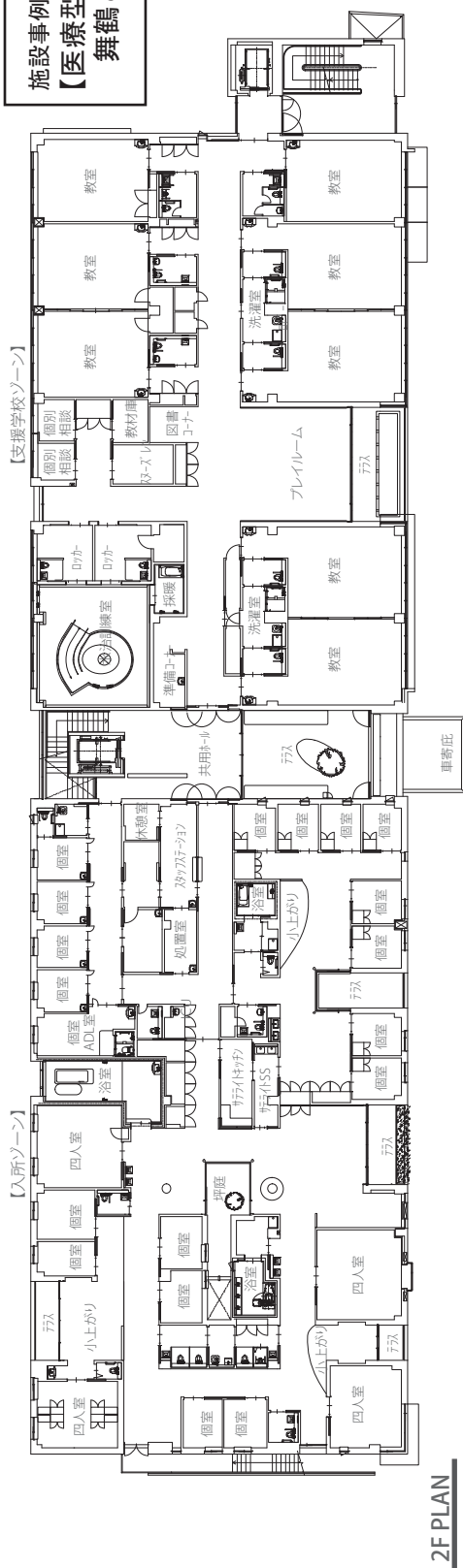
数値根拠を示すことは難しいが、行動障害のある児・者の居室においては防音性能が高い方が望ましい。壁を叩く等の自傷行為や奇声がある場合、隣室の入所者が反応して連鎖してしまうこともある。影響を最小限にする居室性能が求められる場合がある。

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）

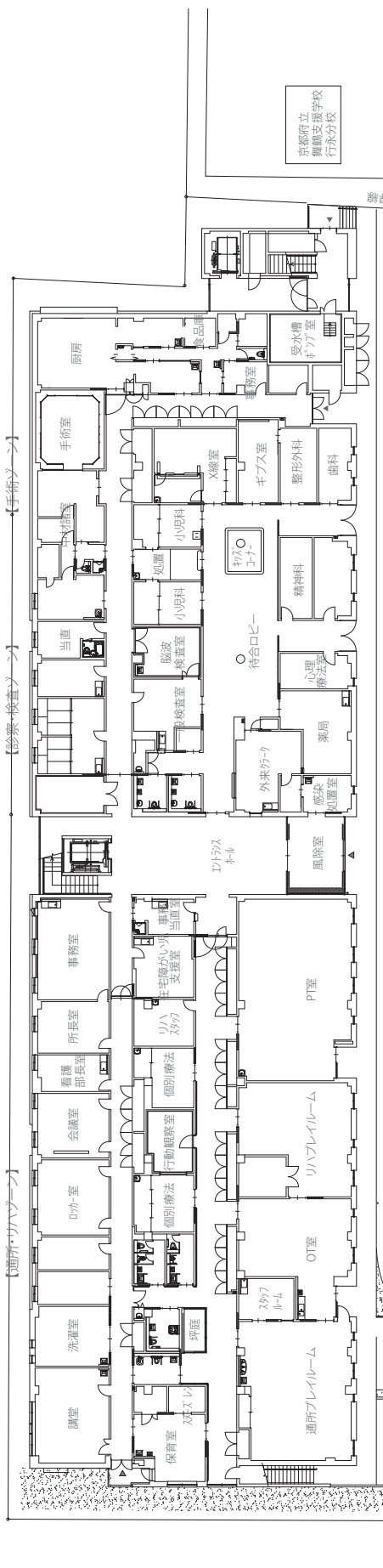
写真 9 ユカザ空間（ふとん就寝）個室  
障害者入所支援施設（シャローム南風）



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

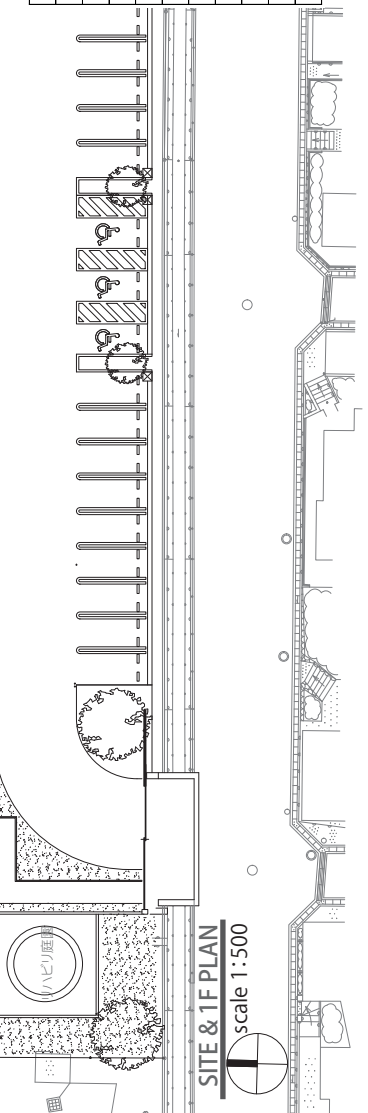


2F PLAN



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)/南アトラス
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階地下1階
工期	2014.05～2016.1 (予定)



SITE & 1F PLAN  
scale 1:500

<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, Vol. 79, 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、アイデンティティー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迫ら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んでいく。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<sup>9)</sup>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、家庭的な雰囲気の中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.



研究成果の発表、刊行

下山田洋三：障害児入所施設における被虐待児童の実態について．日本子ども虐待防止学会第 23 回学術集会ちば大会、シンポジウム「障害児（および障害の疑いのある児）虐待の予防と対応を考える」、2017 年 12 月 3 日