

第54回全国大会報告Ⅱ

先月号に引き続き第54回全国大会の内容をお届けいたします。
今月号では合併号とさせていただきます、大会1日目：6月10日（土）に行われた行政説明、および4つの分科会の内容を掲載いたします。65ページからの資料編ならびに本誌No.711の大会資料号と併せてお読みください。
行政説明のおよび各分科会のパネリスト・講師は下記の通りです。

行政説明

「障害保健福祉施策の動向」

講師：上井正純氏（厚生労働省 障害保健福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室長補佐）

分科会

《第1分科会》（国立施設部会）

「重症心身障害児者の入所支援の在り方」～年齢・状態に応じた支援～

パネリスト：中川義信氏（国立重症心身障害協議会長／四国こどもとおとなの医療センター院長）
今山照代氏（国立病院機構本部 医療部医療課 医療企画専門職）
秋山勝喜（当法人副理事長）

《第2分科会》（重症児施設部会）

「重症心身障害児者の入所支援の在り方」～年齢・状態に応じた支援～

パネリスト：上井正純氏（厚生労働省 障害保健福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室長補佐）
末光 茂氏（社会福祉法人旭川荘理事長）

《第3分科会》（在宅部会）

「地域における支援体制の確立」～ライフステージに応じた切れ目のない支援～

パネリスト：分藤賢之氏（文部科学省 特別支援教育課 特別支援教育調査官）
関 秀俊氏（小松こども医療福祉センター長）
長井浩康（当法人事務局長）

《第4分科会》（母親部会）

「活動をさらに前進させるために」

講師：宇佐美岩夫（当法人常務理事）

行政説明

障害保健福祉施策の動向

厚生労働省 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室長補佐 上井正純

私事ですが、障害福祉課の今の席に就いたのが今年の4月からで、厚生労働省には、勤続29年になります。児童福祉の関係を中心として、いろいろと異動し、昨年は家庭福祉課で母子・父子家庭関係の施策をやっておりました。障害福祉関係は10年ぶりになりますが、できるだけ直近の話などを入れながらご説明したいと思えます。

Ⅰ 施策の経緯、予算について

全国大会資料（「両親の集い」No.711、以下〔No.711〕と略す）の10ページをご覧ください。障害保健福祉施策の歴史ということで、左から、制度の改正を時系列で並べてあります。

最初に制度的な動きがあったのが、平成15年、支援費制度の施行がございました。

こちらは、行政措置ではなくて、サービスを選択する仕組みを導入した制度でした。18年には、障害者自立支援法が施行されまして、この時に初めて三つの障害（知的・身体・精神）が共通に取り扱われることとなり、障害者の就労や地域移行などを強化するような法律でした。

さらに平成24年、障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正法が施行されました。この時に、障害児支援施策は強化されまして、25年4月には、地域社会における共生の実現を理念とする障害者総合支援法の施行で、難病等の一部施策が加わったということがございます。28年5月には総合支援法と児童福祉法の一部改正法が成立しました。こちらは原則平成30年施行ということですが、厚生労働省では今その準備をしま

す。

現状の障害福祉サービス

現状のサービス体系ということでは、「障害福祉サービスの体系1」と「2」というものがございます。12ページ〔No.711〕には、障害者総合支援法に基づくサービス13ページ〔No.711〕には、児童福祉法に基づくサービスおよび相談支援に関する資料になっております。非常に小さい字で恐縮ですが、サービス横に㊦とか㊧とかいう丸印が付いておりまして、㊦は、基本的に18歳以上の方を対象とする事業、㊧が障害児の方を対象とする事業になっております。総合支援法のサービスの中にも、一部の訪問系のサービスとか、ショートステイなどは障害児も利用が可能になっております。

また右端には利用者数・事業所数が載せてあります。現在、通所系のサービスで一番大きくなっているのが、放課後等デイサービスになります。全国で9700カ所あるということですが、その次が、児童発達支

援センターなどの事業所で4800カ所。二番目ということになっております。これは国保連のデータです。

利用者数と予算の推移

次に14ページ〔No.71〕の6カ月ごとの利用者数の推移についてですが、障害児・障害者ともに増加の傾向にあります。直近の1年間では平均して74%の伸びといったデータになっております。障害種別ごとに違いはありますが、その中でも、障害児は17.6%という伸びになっており、その一番の原因は放課後等デイサービスの事業所と利用者数の大きな伸びが挙げられます。

それから、15ページ〔No.71〕の障害福祉サービス等予算の推移でございます。平成19年～29年度の10年間で約2.3倍強に増加しています。国の予算は、ご存じのように毎年毎年シーリング枠（国の予算編成で各省庁が毎年8月末までに財務省に提出する概算要求に先立ち、歳出の増大を抑制する目的で示される概算要求額の上限枠）が厳しくて、なかなかたくさん予算が増やせない

といった事情がございます。そこを皆さんにご協力やいろいろな活動をしていただき、予算を伸ばしてきています。いろいろ問題はあるかと思えますけれども、他の分野に比べますと、この10年間では大きく伸びてきたことを示しています。

例えば、平成18年・24年の法律改正を通して、資料11ページ〔No.71〕にある通り、それまで予算補助だった制度が、負担金制度（使われたお金の2分の1を必ず国が負担）となり、また三障害一緒に扱うということ、それまで福祉的施策があまり及んでいなかった精神障害者の分野について制度化したことなどが影響していると思えます。

重症心身障害児の分野では、通園事業が予算補助（基本的には予算の限度までできてしまうと、その年は打ち切りになってしまひ、また来年度、財務省に予算要求をやり直す）から、使ったものは、基本的には国が2分の1補償しますという形に移行して事業を増やしやすいしました。これからも

障害児者施策につきましては、必要な予算はできるかぎり確保していくように、最大限努めて参りたいと思っておりますので、皆さま方のご支援ご協力をお願いしたいと思います。

II 障害児支援について

17ページ〔No.71〕の資料はご覧になった方も多いと思いますが、平成24年児童福祉法改正による障害児施設・事業の一元化というものでございます。従来、障害種別で別れていた施設体系を通所と入所の利用形態で一元化をしました。通所事業については、それまでは都道府県で入所決定していたものを市町村に移しました。この時に原則として、18歳以上は障害者総合支援法のサービスに移行することに改正され、居宅サービス、通所サービスなどが一体的に提供が可能となりました。

18～21ページ〔No.71〕には、現状の障害児施策の体系（児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入

所支援）ということ資料をお付けしております。

III 障害者総合支援法及び児童福祉法の改正について

昨年6月に公布された直近の法律改正について、23ページ〔No.71〕の資料をご覧ください。ただけますでしょうか。

そこにも書いてありますが、背景は、障害を持たれた方が望むような地域生活と就労を実現すること、また、高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進すること、そして障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するために法律改正をいたしました。6月3日の公布日に施行しているものもありますけれども、基本的には平成30年4月に施行されます。しかし、

法律で全てを決めるということができなくて、詳細な部分は政令とか省令で定めていくこととなります。今、厚生労働省の障害福祉課では、この政省令の内容を検討し、固めているところです。そして、いろいろな関係者の了承が得られますと、パブリックコメントと言って、一般の方に政省令案をお示しすることになります。その予定が、遅くとも来月頃になると思っております。厚生

労働省のホームページでご覧いただくと、その細かい内容が分かると思えます。居宅訪問型児童発達支援サービスの創設

この時にいろいろなもの改正されましたが、その中から、障害児に関するものについて、ご説明をしたいと思えます。最初に28ページ〔No.71〕の『居宅訪問により児童発達支援を提供するサービスの創設』、

これは全く新しいサービスを追加する児童福祉法上の事業ですけれども、一般的には、障害を持たれたお子さんの支援は、単独で個別個別にやるよりも、複数のお子さんが集まる場所で、通所する形によって支援す

ることが望ましいと言われております。ただ、一部の重度の障害を持たれたお子さんにつきましては、外出することも難しく、発達支援のサービスを受ける機会が提供されていないということがありました。そういった方にお応えするために、直接障害児の居宅を訪問して、サービスを提供することになった。これを平成30年4月から開始することになっております。

訪問型のサービスは、教育の世界では、訪問教育が以前から行われておりますし、一般の保育所は、居宅訪問型保育が27年4月から開始されております。医療の方では、訪問診療、訪問看護がございます。その対象者は、例えば、頻繁な医療的ケアが必要ななかなか外出する体力がないようなお子さん、人工呼吸器を付けているとか、感染症に非常にかかりやすいお子さんなどです。医療的ケアが必要な児童というのが、なかなか定義付けが難しく、今、政省令でどのように言葉を定めようか、難儀しているところですよ。



上井室長補佐

高福祉課

行政説明

保育所等訪問支援の対象拡大

それから、29ページ〔No.71〕の『保育所等訪問支援対象の拡大』です。これは平成24年の法律改正で新しく始まった事業ですが、現在では保育所とか幼稚園等に専門の職員が訪問しております。が、最近、乳児院、児童養護施設に障害を持ったお子さんの入所が非常に増えているといったことがございます。平成24年の数字では、3割ぐらいのお子さんが何らかの障害を持っているといったデータがあります。例えば、発達障害を持ったお子さんなどです。

一方で、児童養護施設では、半分以上が虐待の経験を持ったお子さんが入っているといった状況になっています。従来は児童指導員さんなどが入所中の障害児の支援も行っていますが、非常に現場が大変だと、そういったお話がありますので、障害児の療育や発達支援のケアのスキルを持った専門の職員が訪問して、職員や子ども、障害のあるお子さんにケアやアドバイスを行う、そういった事業をしてもらいたい。そこで

対象先を幼稚園・保育所等に加え、乳児院、児童養護施設にも拡大しようといった内容になっております。

医療的ケア児

それから30・31ページ〔No.71〕の、医療的ケア児への支援です。医療的ケア児につきましては、医療の進歩もあるのかと思えますが、新生児の集中治療室に長期入院した後で退院してきても、例えば、人工呼吸器を常に使用していたり、胃にチューブを入れる胃ろうとか、腸ろう、経管栄養などの状態のお子さんが増えているということです。

ただ、こういったお子さんについても、体力が付いて歩けるようになっていたり、本が読めるようになっていたり、その状態はさまざま、重症心身障害などに該当しないというところで、適切な福祉的支援が行われていないといった指摘がございます。また、こういったお子さんについて、医療、保健、福祉、教育の分野が関係してくるんですけども、それぞれがバラバラに動いており、

連携が不十分じゃないかといった指摘がなされております。

この法律改正ではそういったことに対し、自治体で、各分野の連携体制を取るということを明記しております。

30ページ〔No.71〕の下に、福祉や医療の連携体制のイメージ図をお示ししています。都道府県や市町村など自治体で関係者が集まって協議の場を設置し、特定の職員さんがコーディネーターになっていただいて、医療的ケアを必要とする子どもについて、病院と施設をつなぐ、施設と学校をつなぐ役割になっていただきたいということを定めております。これについては、厚生労働省も補助金を準備しております。医療的ケア児のコーディネーター養成等事業ですが、そういった制度がすでにあります。こうした連携の場をつくることは、28年6月3日施行され、現在、努力義務になっております。

障害児サービス計画の構築
32ページ〔No.71〕の資料、障害児のサー

ビス提供体制の計画的な構築をご覧ください。各自自治体が、障害福祉計画を定めて定期的に直しをすることは、障害者総合支援法に従来から定めがありました。けれども、児童福祉法の中には規定されていませんでした。大人の福祉計画をつくる時に、障害児の計画も定めていた自治体も多いと聞きますが、その内容には、何も定めがなかったんですね。そこで、遅ればせながら、今回の法律改正によって、児童福祉法に障害児の福祉計画を自治体で定めなければならないと規定いたしました。

具体的には、必要な量を見込んでいただくために、調査等をして、どれだけのカンビスマンが必要か、どれだけの事業所が必要かなどを定めます。これは、平成30年4月施行なので、今、都道府県、市町村では、障害児福祉計画も作るということで作業に入っていることだと思います。

これについては、国の方で、基本指針を示しています。例えば、通所施設、入所施設、相談支援の整備目標など、その指針を

参考にして、市町村でしたら、どれだけ提供量が必要かの目標を掲げていただいたり、何年度までに整備しようといった、計画を立てます。さらに都道府県は、市町村の障害児福祉計画に加えて入所支援の関係とか、圏域ごとでどれだけ整備しようかという見込みを定めることになっております。

自治体による事務の効率化

なお、大人の方の障害福祉計画はすでにあるものですから、事務の軽減負担（35ページ〔No.71〕）といったこともあって、大人の計画も子どもの計画も一体的なものとして整備するということも可能になっております。これは、新しく始めることですが、例えば、放課後等デイサービスについて、もうその地域で定めた目標量に達している場合には、都道府県はその事業所について新たに指定をしないということが可能になっております。そういった意味で、事業所に対しては規制強化、あるいはサービスの質の向上ということにつながるのか、非常に大切な作業になっているのかなと思

IV 障害福祉計画（基本指針の策定）について

それから、障害児福祉計画の基本指針とすることで、37・38ページ〔No.71〕に障害児支援部分について抜粋を入れております。

成果目標

平成32年度を目標とする計画で、こんな目標を設定することが適当ということを書いた部分が39ページ〔No.71〕になります。

例えば、第2の5項目の最初の○、児童発達支援センターは、平成32年度末までに各市町村に1カ所以上整備するべきである。ただ、地域によって困難な場合には、障害福祉圏域の設置で構わないといったことが書かれています。二つ目の○には、保育所等訪問支援について、32年度末までに、すべての市町村で利用できる体制を構築とされており、利用できる体制を全市町村で構築するべきという話になります。

三つ目の○が、主に重症心身障害児を支

援する児童発達支援事業所及び、放課後等デイサービス事業所を平成32年度末までに各市町村に1カ所以上整備するようにと書かれております。ただ、困難な場合には、圏域内での設置が可能となっております。四つ目は、平成30年度末までに各都道府県、各圏域、各市町村で、先ほど言った保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関等が連携等を図るための協議の場を設けること、としております。ただ、市町村ごとの設置が困難な場合は、都道府県が、関与した形で圏域での設置でも可能となっております。この内容については、3月に告示していますが、厚生労働省では昨年度3月のはじめの頃に、全国障害福祉主管課長会議において、自治体の方を集めて基本指針の説明をしております。現在、自治体の方は計画の策定を進めています。

V 医療的ケア児の支援について

次に医療的ケア児の支援について、42ページ〔No.711〕以降の資料にお示ししております。

障害児入所施設の移行について

50ページ〔No.711〕の資料に障害保健福祉関係主管課長会議資料抜粋と書いてあります。これは、都道府県の担当者を年に一度呼んで、厚生労働省で行う全国会議です。そこで発表した話ですが、障害児の入所施設移行について今後の方針を示しています。障害児入所支援施設は、平成24年の改正児童福祉法を施行した時に、基本的には18歳になると、総合支援法によるサービスへ移行していただくということが原則になりました。ただ、それをいきなり施行しますと、大人の施設も当然いっばいですし、行き場がなくなってしまう。そこで、みなし規定ということで障害児の入所施設は、大人の支援施設としても同時にみなしで指定を受けられる措置を取りました。その猶予期間が平成30年の3月までとされておりました。

基本的な選択肢としての考え方は、平成30年度からは、①障害児入所施設のまま継続していただく。②障害者支援施設に転換

ます。内容的には、24、28年度に実施してきた重症心身障害児者のモデル事業の話を載せております。最初のものは、特定の団体にモデル的な事業を行っていただいて、先進事例を集め、報告書を作成していただきました。厚生労働省のホームページに事例が載っております。また、障害児の福祉施策のページを見ていただくと、重症心身障害者の進んだ取り組みを、団体別や自治体別の事例として載っておりますので、関心のある方はご覧いただければと思います。医療的ケア児や重症心身障害児に向けていろいろな事業をやっておりますが、その中で、今年度、新規事業として実施するものがございます。それが、49ページ〔No.711〕の医療的ケア児支援促進モデル事業になります。こちらは、都道府県、市町村に事業を実施していただき、医療的ケア児のケアをしていただける場所を拡大し、看護師さんを配置促進していただくというのが事業内容です。

具体的には、市町村や都道府県で医療的

して大人だけの施設にする。③障害児者両方の併設施設として両方の指定を受ける。この三つの選択を前提にして猶予期間を設けていましたが、それについて今後の方針をお示ししまして、福祉型と医療型の入所施設で方針が分かれております。

資料の真ん中あたりに福祉型障害児入所施設とあります。こちらについては、みなし規定をさらに3年延長し、平成33年3月31日までとする。理由としては、特に都市部で強度行動障害等のサービス提供の場が不足している状況等が挙げられます。

そして、医療型の障害児入所施設は、平成26年の障害児の在り方に関する検討会の報告書にすでに記載があり、「障害児入所施設と療養介護が一体的に実施できる事業所指定の特例措置を、恒久的な制度にする必要がある」とされています。それを受けて、医療型の方は、みなしを恒久化するという方針を示しております。ただし、普段生活をする場での、年齢や状態に応じた適切な日中活動の提供を前提にして、現行の

ケアの対応ができる看護師さんを採用していただいて、そういった方を事業所の方に派遣していただくというものです。もう一つは、医療的ケア児も一般の保育所にも通いたいという希望がありますので、一般の保育所や幼稚園、認定こども園に通いつつ、通園をバックアップする併行通園の促進なども事業内容の一つとなっております。先ほどの看護師さんの配置促進と、併行通園のためのバックアップは必須事業として、自治体の方で先進的に始めていただくことになっていきます。

それに加えて、(3)人材育成とか、(4)体制整備の促進、例えば、医療的ケア児への緊急時の対応マニュアルを作るとか、そういった内容ですが、これらは、任意実施となっております。これは今、自治体の方に公募をかけているところです。締め切りが6月になっており、問い合わせは結構あるようです。全国でまずは5カ所ぐらいで始めようと計画しています。

みなし規定を恒久化することとしております。これに応じて、厚生労働省では、施設指定制の見直しと、運営指針を改定する予定です。

さらに、都道府県や市町村が主体になって、円滑な移行支援が図れるような体制づくりを進めることを定めております。これは、事業者や施設の協力を得て円滑な移行支援のための体制づくりを進めることになっており、これが、障害児福祉計画の基本指針の中にも書かれています。平成30年度以降、市町村や都道府県が定める障害児福祉計画の中には、その移行促進、移行支援のための体制づくりの目標も含まれてくることになっていきます。

二日間の全国大会の冒頭で、1時間、非常に堅い話で恐縮でしたが行政説明ということで、主に、昨年改正した法律改正の内容を中心にお話しさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

重症心身障害児者の入所支援の在り方

年齢・状態に応じた支援

三 講演1

国立病院機構病院における支援について

独立行政法人国立病院機構本部
医療部医療課 医療企画専門職

今山 照代

はじめに、私から当機構における重症心身障害児者への医療や支援に係る目標と取り組みと、今般、厚生労働省から恒久化する方針が示された児者一貫の制度の前提である「年齢、状態に応じた支援」について、当機構における取り組みを紹介します。そして、中川先生から、昨年の熊本地震の際に当機構では菊池病院や熊本医療センターなどが被災しました。その振り返りとも

に、当機構の災害対応について紹介いたします。

1. 医療や支援に係る目標と取り組み

当機構は、医療の提供、医療に関する調査及び研究、技術者の研修などに取り組んでおり、重症心身障害病床をもつ病院は73、7993病床あり、全国の重症心身障害病床のおよそ3分の1、37%を占めています。当機構は、地域のセーフティネットとして重症心身障害と筋ジストロフィー、結核、精神などに係る医療の中心的な役割を果たすこと、また在宅医療への支援の充実に向けて貢献すること等を目標にしております。その目標に向けて、障害者総合支援法に基づき療養介護サービスのさらなる充実、

医療ニーズの高い重症心身障害児者の方・行動障害をお持ちの方・他の医療機関では受け入れが難しい方たちの受け入れの促進相談支援の拠点としての機能の向上。また在宅の方たちのために、一時入院、通所支援にも取り組むこととしております。

28年度の取り組み

在宅支援

在宅支援として、①通所事業の推進に取り組んでいます。具体的には生活介護（障害者総合支援法）32病院、放課後デイサービス（児童福祉法）28病院、医療型児童発達支援（児童福祉法）32病院を実施しています。

機能強化と研修

また、②地域生活事業（厚生労働省のモデル事業）で培ったネットワークやシステムを今も地域で継続して実施しています。医療の確実な提供、より充実した支援のため、①重症心身障害児者病棟等におけるNICUの後方支援病床としての機能強化

（28年度23病院）、②重症心身障害児者医療の研修の実施（「障害者医療に関心のある若手医師向けの研修」、「重症心身障害児者医療に携わっている医師向けの研修」）、③27年度から「強度行動障害医療研修」の実施、④24年度から継続している「療養介護サービス研修」の実施、⑤28年度から「障害者虐待防止セミナー」を行っております。

2. 年齢・状態に応じた支援の取り組み

(1) 医療の質の改善事業

聞き慣れないかもしれませんが、当機構では、臨床評価指標を用いた、医療の質を改善する取り組みを行っています。これは一定の方法に基づいて検査や治療等の医療行為を計測し続け、数字として見える化し、過去と現在の数値を比較することで、質の改善の状況を知ることができる物差しのようなものです。具体的に乳がん治療の質の評価を例にしますと、乳がんのステージワンの治療法として、推奨されているのが温

存療法と放射線の照射。その実施率が高ければ高いほど、臨床評価指標の数値が上がり、より推奨される医療が提供されていることが把握できます。

実際には「クオリティマネジメント委員会」を病院に設置し、医師、看護師、診療情報管理士などの多職種が協働して、課題となる指標の選定、問題点の分析、解決のための取り組みの検討、活動のモニタリング等を行い、目標値の達成を目指します。

重症児者には二つの指標

この医療の質を測るための指標は115あり、重症心身障害児者にかかる指標は二種類あります。一つは、骨密度測定の実施率。この項目に取り組む理由は、重症心身障害の方は運動性が低いことから、骨密度が低い傾向にあります。このため骨粗しょう症になり、骨折を引き起こすことがありますので、骨密度を把握しておいた上で治療や支援に当たっていただくことが大切なためです。

もう一つは、リハビリテーションの実施

率。ADL、運動機能の維持のためにリハビリが必要です。どちらも実施率を上げていこうと各病院が取り組んでいます。

(2) 各病院における取り組み

この3月に厚生労働省から、児者一貫の支援について恒久化する方針が示され、その前提として、この全国大会の分科会のテーマ「年齢、状態に応じた支援」を提供することが記されています。

この度、当機構の各病院がどんな支援を行っているかアンケートを取りましたので、その一部を紹介します（資料1・2、資料編65頁参照）。

①年齢に応じた支援

記念の日、節目節目にお祝い会を実施しています。就学の年・療養介護への移行の年など、各種制度に関する手続きの支援を行っています。

乳児期には、愛着形成のためのスキンシップ、未就学児への読み聞かせを行っています。

学齢期には、学校の各種行事に必要な応



今山医療企画
専門職

じて医師、看護師が付き添ったり、登校が困難な方には訪問授業だけでなく、プレイルームを開放したり、看護師が見守る中で授業が受けられるよう取り組んだりしています。学校のカンファレンスへの出席、教員との情報共有。放課後の日中活動の一つとして、プール活動を実施。長期休暇中の療育を行っています。

学校卒業後に急激な生活の変化が起きないように教員と、日中活動の過ごし方について調整をしています。

成人・高齢期には、個別に自分で生涯活動として取り組めるようなものを提供できるように工夫しています。

また、就学猶予・免除だった方の学校体験を、学校の夏季休暇を利用して実施したりしています。装飾品も、利用者の興味関

心だけでなく、ご家族の希望、利用者の共同制作作品を取り入れています。

次に、呼称、呼びかけるお名前です。病院ごとに異なるパターンがあります。ご家族、保護者と相談するところもあります。たし、学齢期や成人になられたら、〇〇さんに統一し、学齢期までは愛称でお声かけするなど。年齢に応じた呼称、言葉遣い、接し方などについて、勉強会をしています。保護者の方の高齢化への配慮として、面会や外出が困難になりつつあることを踏まえ、里帰りサポート（外出支援）、ご家族のいらつしやる所への訪問の実施。行事についても、高齢の方が参加しやすいものと工夫し、野菜作りを家族と一緒に、野菜が育ったら、ご家族でいただく。ご希望にも関わらず持ってもらうため、休日に療育活動行っている病院があります。また、スカイプを利用して家族との交流を進めているという病院。その他に、病棟便りやお誕生日カードを送ったり、面会のときに、受け持ちの看護師さんから状態の

報告をしたりする取り組みを行っています。②状態に応じた支援

院外行事、レクリエーション、遠足、社会参加の取り組みについてです。呼吸管理されている方や超重症児の方たちも多いので、医師、看護師が同行することがポイントになっています。そのため、企画するときから、医師、看護師も加わり、療育のスタッフとともに検討しています。

院内行事

医療ニーズが高く、外出が困難な方には、地域や外部の環境を感じられる行事。家族参加型の院内行事としては、先ほどの野菜作りや野点、院内ウォークラリー、ボランティアの方による演奏会。栄養士が中心となり企画した音楽を楽しみながらの家族と一緒にの食事会（年4回）。超重症児・準超重症児も95%参加しての運動会を行っています。

療育活動、生活支援

発達の把握のため、ムーブメント教育・ツフへの勉強会、技術向上のための講習。健康管理として、歯科・耳鼻科の計画的な受診を行っています。以上、各病院から報告のありました取り組み事例について紹介させていただきました。重症児者の方の状態、病院の体制、環境により取り組みは異なってきますが、これからもより充実した支援となるよう努めてまいります。

療法による評価。

環境調整として、ベッド周辺の転倒防止。離床を推進するため、医師と相談して、経管栄養の注入回数を4回から3回に削減し、離床の時間を確保した事例。外出支援を、医師、看護師、臨床工学技士で検討し、離床できるように呼吸器を変更して、支援を推進した事例などがあります。

安全で快適な入浴のため、入浴介助の手順を見直し、7回の移乗を5回に減らして、利用者さんの安全、職員の負荷も減らすという事例もあります。

機能維持、行動制限等

最後に機能維持、行動制限、身体抑制、清潔保持、感染予防、健康管理についてです。特に、多職種協働で支援を実施している機能維持の取り組みの中から紹介します。看護師、理学療法士、療養介助員によるトイレでの排泄、歩行訓練をすることでADLの維持。できるだけ経口摂食を維持するため言語聴覚士等による摂食機能訓練。機能維持のための定期的なポジショニングや、

身体機能の維持を日中活動の中でできないかの検討を行っています。

行動制限、身体拘束に関しては、身体拘束カンファレンスを実施し、多職種で、解除あるいは拘束時間を短くできないかの検討。高柵ベッドの解消に向けた取り組み。

清潔保持では、洗髪・足浴の充実。口腔衛生改善や嚥下性肺炎等合併症の減少を目的とした口腔ケアの充実。そのためのスタ

III 講演2

国立病院機構における災害対策について

熊本地震の振り返りとともに

国立重症心身障害協議会会長
四国こどもとおとなの医療センター

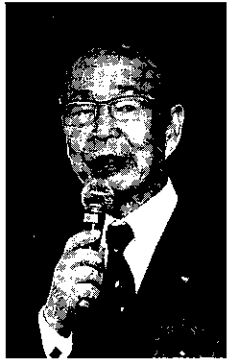
院長 中川 義信

災害対応等危機管理への位置付け

私が重症心身障害児者と地震の関係を身近に感じたのは、3・11の東日本大震災のときでございます。福島県の原子力発電所

が壊れて、30キロメートル以内の避難指示が出て、しばらくして、福島病院の院長から電話かかってきまして、50キロメートル範囲が避難対象になれば、福島病院の重症心身障害病棟が動かさないと相談がありました。慌てて対応を検討したことがありました。

今回の熊本地震では、実際、重症心身障害病棟が壊れました。一部の患者さんは同じ機構内の別の施設に移るということがございました。機構病院は全国に143ございます。5疾病5事業といって、がん、急性心



中川会長

筋梗塞、脳卒中、糖尿病、精神疾患が5疾病、救急、周産期、小児、へき地、災害医療など5事業、それぞれにネットワークが形成されています。

重症心身障害も京都府の宮野前先生を中心に、アカデミックな面ではグループが形成されているんですけども、地震が起こったときに現実に動ける組織にはなっておりません。

災害に関しては、災害拠点病院（基幹災害医療センター、地域災害医療センター、NHQ災害ブロック拠点病院）があり、それから医療計画に載っている病院というのがあるんですけど、全ての病院がこれに入っているわけではございません。これが災害のときにどう動くのかお話ししたいと思います。資料3（66頁）の国立病院機構第

3期中期計画に明記してある通り、災害や新型インフルエンザ発生時などには病院のネットワークを最大限活用して…初動医療班などを派遣して…と、「災害等危機への対応は、国立病院機構の重要なミッション」と位置付けています。

国立病院機構は全国を六つのグループ（北海道東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、九州）に分け、各グループに基幹となる拠点病院を定めています。北海道東北では北海道医療センターと仙台医療センター。関東信越は東京医療センターと災害医療センター。東海北陸が名古屋医療センターと金沢医療センター。近畿が京都医療センターと大阪医療センター。中国四国が呉医療センターと四国こどもとおとなの医療センター。九州が長崎医療センターと九州医療センター。これらは500床以上の大病院で、この基幹病院の上に立つリーダーとなる病院が東日本では災害医療センター、西日本では大阪医療センターです。何が言いたいかというと、基幹病院の中で重症心

身障害病棟を持っているのは、私のいる四国こどもとおとなの医療センター、1カ所なんです。

災害拠点病院

さらに少し規模の小さい、DMATといまして災害派遣医療チームを持っている病院（資料4、67頁）が24病院ございます。その中で重症心身障害病棟を持っているのが、洪川医療センター、豊橋医療センター、広島西医療センター、高知病院、福岡東医療センターの5ヶ所です。地震のあった熊本には拠点病院・災害拠点病院に重症心身障害病棟はありませんで、もう少し何らかの対策・取り組みができる組織が必要じゃないかという気がいたします。

資料4の上の方に、「グループ区域内病院及び都道府県が指定する基幹又は地域災害医療センターとの間において平常時から連携し、医療救護活動に必要な情報交換、災害訓練等に努める」とありますが、先ほど申し上げた500床以上の拠点病院は、何かがあるとして動くわけです。

また資料4にある初動班1班として、最低一つのDMATを持っている病院は、年に何回かは災害対策訓練を行っています。この中で、重症心身障害病棟のある洪川・豊橋・広島西・高知・福岡東医療センターは重症心身障害児者の特性を分かりながら、災害時における対策を持ち合わせているわけです。

熊本地震における国立病院機構の対応
熊本地震のときの実際の話を、借りてきた資料をもとにお話しします。機構病院として何をしたか。まず医療班の継続的な派遣ですね。資料5（67頁）にある通り、被災翌日から関門医療センターの初動医療班が益城町体育館に拠点を確保し、避難所等において医療支援を実施しました。全国24の病院から26の医療班、計125名を派遣（4月14日～5月10日）し、また、重症患者さん（重症心身障害ではない）を熊本医療センターで受け入れました。

それから、看護師、薬剤師、放射線技師など多職種による被災病院への人的な支援、

ネットワークを生かした物流支援。こういうのは非常にうまくできます。地震が起こったら、すぐに災害医療センターか大阪医療センター、日本の東西のメインの一つに事務局を置き、全国のNHQの病院から55チームを派遣しました。繰り返しになりますが、約1カ月の間に、地震が起こって、次の日から現地入りをして、入院患者の転送、搬送をしました。チームの派遣は大体2泊3日、長くても5日ぐらいが限度ですけど、交替してずっと人を送り続けるわけです。

16日には大牟田病院に物資搬送のための拠点を作りました。その日のうちに中国、四国からの物資を大牟田病院を経由して、熊本医療センター、熊本南・再春荘・菊池病院へ搬送しました。食料2万7000食、水は1万1000リットル、当座はしのげるくらいの水と食料を送ることができました。

ですけど、仮に重症心身障害病棟を持つ病院が大きな被害受けたら、送られてきた

物資を重症心身障害の子どもたちが食べられるのかが一つの心配としてあるわけです。こういうことも含めて、われわれは今後いろんな議論していかなくちゃいけないと思っています。

現地の益城町などへわれわれも視察に参りました。ものすごい壊れ方をしている、本当に逃げ場がない、非常に気の毒な状況ですけども、これがわれわれ機構病院の重症心身障害病棟の中で起こったらと考えると、ちよつと想像ができないぐらい困難な問題が待ち受けている。

避難所が体育館だと町の人も皆さん避難している。特に在宅の重症心身障害児者はどこへ避難したらいいのか。非常に大きな問題になってきます。子どもたちは普通の方よりずっと神経質で、環境の変化にすぐストレスを受けるわけです。日本赤十字社は非常に大きなテントに医療施設、薬局や処置室も備えています。われわれ機構病院には、またこういうものは持ってません。重症児者のいる菊池病院も被災

一般の急性期医療を行っている熊本医療センターの近くにある菊池病院には、重症心身障害児者80名が入所していました(資料6、68頁)。その菊池病院も被災しました。14日の21時、震度7です。われわれ想像できないほどの大きな地震であったと思います。

その最初の地震のときに、病棟の壁に亀裂が入ったんですね。それで、当時の菊池病院の看護部長さんが、このままなら危ないといので、夕方に亀裂が目立った重症心身障害病棟(西4病棟)の患者さんを念のためにと、近くの療育訓練棟に避難させてくれたんです。これが良かったんです。夜中の1時25分、さらに大きな地震が襲ったわけです。この地震で、ほとんどの全ての破損が起こったといえます。

菊池病院では、重症心身障害病棟の2個病棟がほとんど使用不能になったわけです。天上からブロックがベッドの上に落ちてきたり、廊下もこのように崩れて、この中を夜中に避難しろと言っても、まずできない

わけですから。震災後約5カ月の9月末に、作業療法棟を改修した重症心身障害病棟が完成。それから、10月12日に肥前精神医療センターに避難していた11名の重症心身障害児者が菊池病院に帰ってきました。12月26日に天井裏の電気ケーブルを軽量化して、天板・照明などを交換して渡り廊下が完全復旧したということです。

繰り返になりますけれども、われわれ機構病院はもう少し、重症心身障害病棟に災害が起こったらどうするか、一番大きなものが地震だろうと思うんですけど、考えないといけないように思うのです。今のところ、DMATを持って、災害訓練はやってはおるんですが、最悪の場合を想定し、患者さんの避難場所や避難方法、先ほども言いましたが食料などが一番大きな問題として残ってきていますので、皆さん方のご意見も拝聴しながら、災害に備えることができればと思います、少し紹介をさせていただきます。

と思うんです。ですから、当時の職員の方々は、これを予測していたわけではないと思うんですけれども、病院の壊れ方を見て、非常にいい判断をされたらと思うんです。そのおかげで患者さんの大きな人的被害を免れたと本当に感謝しているところです。建物は鉄筋ですから、さすがにペシヤンとはつぶれていないんですけども、病棟と病棟を結ぶ廊下が5メートルに渡って崩落し、電気の配線とかがむき出しになって全く使えなくなりました。

ですから、外を通るしなくなると、食事は外を伝って軽トラで運んだと、当時の職員の方々が、すごい苦労をされたという事です。ライフラインといわれるガス、水道は使えず、エレベーターも使えなくなりました。厨房が破損したからご飯が作れなくなりました。もちろん医療はできるんじゃないと思います。病棟の患者さんは、作業療法棟とかに場所を移して避難生活が始まるわけです。16日、本震の朝に栄養士さんらは駆け

III 講演3

守る会の取り組みを中心に

社会福祉法人
全国重症心身障害児(者)を守る会
副理事長 秋山 勝喜

私からは、1. 児者一貫支援制度と守る会、2. 重症心身障害者入所支援の在り方、3. 守る会の活動状況についてお話ししたいと思います。

1. 児者一貫支援制度と守る会

まず児者一貫制度について、皆さんに大変なご心配をお掛けしてきましたが、先ほどの行政説明にもありました通り、この制度は今後も継続するという事でございます。皆様と共に心から喜び、ご協力に感謝を申し上げます。そもそも児者一貫制度は守る会結成の原点であり、その背景からまず説明をしたいと思います。

児童福祉法は、戦後いち早くできた法律

付けて、物が散乱して何もかもが壊れている中で朝食の対応を行って、1食も欠かさずに食料の提供をしたということです。

菊池病院には動く重症児者といいますが、強度行動障害をお持ちの子どもたちも入所しておられましたので、11名は同じ機構病院の佐賀県にある肥前精神医療センターへ運びました。自衛隊の第8師団、熊本の陸上自衛隊ですが協力をして患者さんを運んでくれたということです。その帰りには、肥前精神医療センターからどんぶり、紙コップ、スプーンなどを持って帰ってきたという事です。

機構本部は2日後に、菊池病院に乗り込みまして、一級建築士がさまざまな被害状況をチェックして、応急診断を行って、今後建物どうするか、非常に迅速に、方針が出せたというふうに思っています。渡り廊下は6日間で仮復旧し、2カ月経ちますと、病棟も仮復旧して子どもたちが移って来られた。これで環境は随分良くなりました。しばらく狭いところに押し込められていた

で、そこには「すべての児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。」「国及び地方公共団体は、保護者とともに、児童を心身ともに育成する責任を負う」と優れた内容を掲げておりました。しかし、現実の施策は、知的障害児施設、肢体不自由児施設ともに、独立自活に必要な知識技能を与えることが目的とされており、重い障害を持った児童は社会的自立ができないということで入所の対象とされなかつたわけです。重症児を持つ家庭は社会の偏見の中で法律の谷間にあって、大きな社会問題となっております。

守る会結成の経緯

島田療育園ができたのは1961年、わが国最初の重症心身障害児の入所施設として開設され、入所の年齢制限はありませんでした。その後、1963年に厚生事務次官官達によって、重症児者の入所基準が初めて定められ、重度の身体障害と重度の知的障害を重複する18歳までの児童に入所が限定されてしまいました。これによって、