

原 著

## 重症心身障害児の地域医療福祉システムの構築と 家族支援に関する研究

末光 茂<sup>1,2)</sup> 村下志保子<sup>2)</sup>

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科<sup>1)</sup>  
旭川児童院<sup>2)</sup>

(平成 6 年10月19日受理)

A Study of the Community-Based Medical-Welfare System and the  
Family Support Activity for the Severely Mentally and  
Physically Handicapped

Shigeru SUEMITSU<sup>1,2)</sup> and Shihoko MURASHITA<sup>2)</sup>

*Department of Medical Social Work  
Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare<sup>1)</sup>  
Kurashiki, 701-01, Japan  
Asahigawa-Jidoin Children's Hospital<sup>2)</sup>  
Okayama, 703, Japan  
(Accepted Oct. 19, 1994)*

**Key words** : severely mentally and physically handicapped,  
community-based medical-welfare system,  
home-based service, family support activity

### Abstract

There is a remarkable gap between the institutional service for the severely mentally and physically handicapped and the community-based service for those persons. It also varies among the different prefectures all over Japan. The importance and speciality of family support activity for four persons who live at own homes is presented.

### 要 約

重症心身障害児の地域医療福祉システムの構築の歴史と課題、とくに、都道府県および施設間の格差に分析を加えた。あわせて岡山県での地域ケアの実践成果を家族支援の立場から検討し、望ましい条件整備について提言を行なった。

## 1. はじめに

重症心身障害児の地域医療福祉システムの構築について、筆者等は、ハード面それも施設側から見た各種の地域活動、つまりオープン化事業等を中心にして検討を加え報告してきた<sup>1-7)</sup>。その際在宅の重症心身障害児の望ましい療育とノーマリゼーションの立場にたった暮らしを支援し、充実させる方策に分析を加えた。今回は、わが国での都道府県レベルでの課題と岡山県での実践を家族支援の視点から検討し、地域福祉システムの構築に関する成果と課題に分析を加える。

## 2. わが国の地域福祉システム構築に関する歴史と課題

わが国の重症心身障害児の実数は、各種の調査から、ほぼ3万人あまりと推定される。一方1994年4月1日現在の全国の重症心身障害児施設は、国立療養所を含め、155箇所、15,793床である。このうち狭義の重症心身障害児（大島の分類1～4）は1万人程度と推定される、したがって、在宅重症心身障害児は2万人余となり、施設利用者の約2倍となる。

これら、在宅重症心身障害児の状況は、かつての施設中心主義の時代から大きく様変わりを見せている。つまり、入所ベッドが満床であるとか、その地域に適切な施設、病棟が開設されていない等のため、やむなく在宅を余儀なくされるという状況、ことばをかえると施設入所を希望しながらもその時期を待っている、いわゆる「消極的在宅」が中心であった。ところが、今日では在宅のままでも可能なかぎり、適切な教育、指導、看護を受けたいとするいわゆる「積極的在宅」が大勢を占めてきている。

これに対して、国でも昭和50年代から積極的に在宅支援策を制度化してきた。その主なものは、

- (1)巡回訪問指導
- (2)緊急一時入所（「短期入所」と改称）
- (3)重症心身障害児通園モデル事業（A型、B型）
- (4)心身障害児・者地域療育拠点施設事業などである。

ここには地域福祉の拠点として、重症心身障害児施設が積極的な役割を果たすよう期待されていることが示されている。そのための人的、物理的条件の整備も国レベルで年々図られてきた。しかし都道府県レベルで見ると、そこには大きな格差が認められる。

### (1)重症心身障害児施設の地域格差

まず、重症心身障害児の入所ベッドを都道府県の人口1万人あたりで見ると、表のごとくもっとも多い佐賀県の5.0ベッドからもっとも少ない神奈川県、愛知、大阪の0.4～0.5ベッド程度まで大きな差異を示している。その差は10倍余にも達している（表1）<sup>9)</sup>。

かつて、江草、末光<sup>1,2)</sup>は、重症心身障害児の地域福祉システムに関する検討を都道府県のベッド数の視点から分析した。昭和50年当時での最大の差が15倍であった（滋賀県と大阪府との間）（表2）。この20年間でその差がかなり狭まりつつあるが、今もなお大きな課題を残していると言わざるを得ない。

地域内のニーズに適切に対応するためには、ベッド数が不足しているのは、大きな問題である。入所を希望しながら在宅処遇を余儀なくされる家族にとっては、たいへんな苦難を強いられるわけである。またその結果として無理にでも入所を実現するべく、変則的な行動が見られるのも問題である（短期入所などを利用し、そのまま長期入所に切り替えようと策したり、各種の手蔓をつかって、無理やり措置入所を実現させようとする動きなど）。

では、ベッド数が多ければ良いのかというと、これについても問題が指摘されている。本来その地域に在住する重症心身障害児の推定数に倍するベッドが用意されている所（佐賀県など）では、本来の地域福祉システムの立場から考えると、適正配置なのか問題となる。つまりその地域以外の遠隔の都道府県からの入所を受け入れ、結果として家庭との分離をきたすといった問題がまず挙げられる。さらには、狭義の重症心身障害児ではない周辺の重度身体障害者や重度精神薄弱者を重症心身障害児施設に取り込むとか、すでに重症心身障害児施設を退所し、他の適切な施設への措置変更（多くがより軽度な

施設での処遇)あるいは在宅処遇が可能であるのに、長期の入所を続けるといった事態を引き起こす危険性を抱えていると言えよう。

地域福祉の基礎条件の一つとして、人口数および重症心身障害児数に応じた入所ベッドの適正配置の重要性をまず強調しておきたい。

### (2)重症心身障害児施設のオープン化事業の実態と格差

重症心身障害児施設が、在宅重症心身障害児に対してどのような事業を展開しているかについても、都道府県そして施設間の格差がある。

もちろん全体としては、年々施設が開かれた役割を地域の在宅重症心身障害児に対して果たそうとする努力のあとは、明らかである。

重症児福祉協会の実態調査によると1992年当時のオープン化事業の実施状況は表3のとおりであった。それが、1994年の調査では、表4のように発展、充実している。公法人立重症児施設75カ所のうち25施設33%が重症心身障害児の通園を、51施設68%が訪問療育相談、外来相談、および外来医療を、64施設85%が短期入所を、そして13施設17%が心身障害児地域療育拠点施設事業に取り組んでいる。つまり地域にむかって「開かれた施設」としての道を実践に進み、成果を上げているのである。

ところが、これらを実施していない施設もある。また国立療養所重心病棟では、政策医療という立場から、これらの地域活動への取り組みに大きな制約がある。その結果、都道府県レベルで見ると、これらの面で相当のレベルまで充実しているところと、顕著に希薄な都道府県があるのである。

また、上記の通園、訪問療育相談、短期入所、心身障害児・者地域療育拠点施設事業をすべてセットで取り組んでいる重症心身障害児施設をもつ県は、現在のところ岡山県(旭川児童院)と高知県(土佐・希望の家)にとどまる。その他、45都道府県については、これらの事業のどれかに不備を残した状態にある。

これらをセットとして行なうことの効果と重要性については、筆者が既に別の場で報告しているので、ここでは省略する<sup>7)</sup>。

### 3. 家族支援の立場から見た地域福祉システムの成果と課題

岡山県は、前述ごのとく、全国で最もはやい時期から重症心身障害児の地域福祉システムの構築に向けた取り組みを重ねてきた。筆者らはその成果と残された課題についても、報告してきた<sup>7)</sup>。一方、重症心身障害児を抱える家族に対する家族支援についても家族アセスメントに基づく実践と方向性の立場から検討を加え報告した<sup>8)</sup>。

ここでは、在宅重症心身障害児に対して、各種の地域活動を通じて在宅支援を展開してきた代表的なケースについて報告し、今後の課題に検討を加える。

#### 事例 1 (岡山市の巡回訪問のケース)

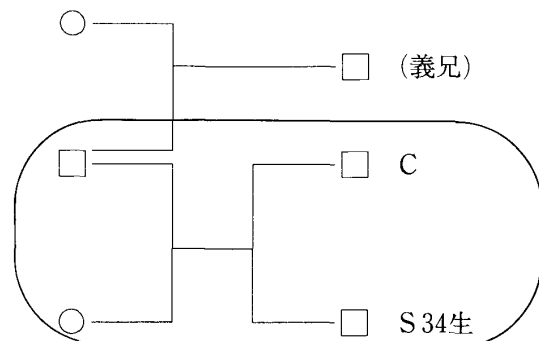
##### (1)現 症

男 37歳

脳性マヒ

寝たきり、全介助、おしめ使用、大島の分類1  
精神的な動揺から、全身の緊張が高まる。家族等との日常会話はある程度理解しており、笑顔などの反応が見られる。

##### (2)家族構成



父親 (漁師)

狭心症にて内服中。頑固な性格。

母親 健康である。

##### (3)家族支援の実際

###### < 第一期 > 昭和52~59年

昭和52年から、岡山市との委託契約事業である在宅訪問を開始。本児は全身の筋緊張が強いため、当院医師から筋弛緩剤が処方される、しかし母親は服薬に対する認識がなく、服用すると調子が良いと言われながらも「続けて飲むと

中毒にならないか」と心配する。保健婦が服薬指導を何度行なっても、なかなか意識の変化は見られなかった。

また、訪問自体も「転居したばかりで近所の目が気になるから……」と断られることが多かった。

#### ＜第二期＞昭和61年～平成4年

こちらからの継続した働きかけと、家族が少しづつ近所に慣れてきたことで、訪問に対する受け入れに変化が見られはじめた。以前のように訪問を断られることはほとんどなくなり、年間訪問回数も1～2回であったのが、15回前後になった。

保健婦、医師だけでなく、拘縮予防や緊張緩和を図ることを目的として機能訓練士の訪問を月1回開始した。家族以外の者との関わりや、生活経験を増すために、保母の訪問も加えた。しかし、母親は訓練を「あんま」や「マッサージ」と捉えており、この面への認識不足がづづいていた。

服薬は、体調が崩れるとすぐ中止していたが、指導を繰り返すことによりほぼ定期的に服用できるようになった。また、家族との信頼関係を一層築くために、訪問の度に両親の血圧測定を行なうなど家族に対する健康チェックも行なった。

家族は、施設に対して一貫して拒否的であったが、訪問でのやりとりの中で「将来的には入所を考えている」と言い始める。母親が自ら児童相談所へ電話し、措置入所などについて問い合わせるなど、柔軟な姿勢も見られはじめた。以前から勧めていた短期入所の登録申請について、母はその必要性を感じながらも、父は「親が生きている間はしなくていい」と拒否的であった。

#### ＜第三期＞平成5年～現在

両親共に病気が相次ぎ、健康面での不安が顕在化し、父の方から「申請書を書いて出そう」と言われ、短期入所の登録をされる。

訪問は継続し行なわれており、訓練に対しては「やっぱり訓練してもらおうと調子が良いなあ」と認識の変化が見られる。服薬については新しく追加された薬を独断で中止することはあるが、

ほぼ定期的に服用できている。

平成6年、初めて病棟内を見学し、施設を受け入れようという気持ちの変化が見られた。

#### (4)まとめ

岡山市の委託事業としての訪問開始当初からのケースである。家族の障害に対する認識不足、世間体を気にし、訪問指導も拒否的なケースであったが、長期にわたり訪問指導をすることにより、家族の認識が徐々に好転してきた。家族のペースに合あわせ、継続して専門的な療育を行なうなかで、変容を図ることが重要と考えられた。

#### 事例 2 (施設から在宅、そして通園モデル事業)

##### (1)現 症

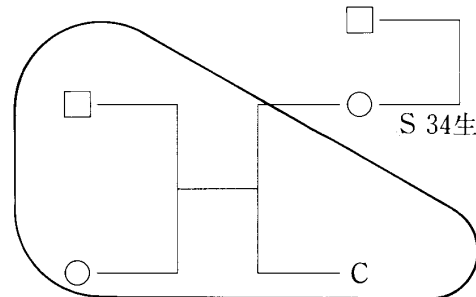
男 29歳

脳性マヒ、てんかん

寝たきり、全介助、おしめ使用

言語理解は、声かけに反応する程度。大島の分類1。

##### (2)家族構成



姉の家族は近所に住んでいる。

父親が定年退職と同時期に通園モデル事業が開始したため、施設を退所。

##### (3)家族支援の実際

昭和42年、旭川児童院開設まもなく入所した長期入所のケースであるが、平成元年5月、退所し在宅となる（通園事業の情報と父親の定年退職とがあいまって、家族に少し余裕ができたなかで在宅生活を味わせたいという家族の長年の念願を実現）。医師、保健婦より短期入所、通園モデル事業等、福祉制度について説明する。

平成2年1月より通園モデル事業開始。通園するのに片通90分かかり、また体調にも左右され、欠席が目立ったが、在宅生活の大きな支えとなっていた。短期入所も適切に利用することができた。

## (4)まとめ

長期にわたり、施設入所を続けたケースであるが、通園モデル事業の開始にともない、家庭での生活を実現できた。通園が在宅生活を支える大きな柱になることを明確に示した事例である。

**事例 3** (心身障害児・者地域療育拠点施設事業)

## (1)現 症

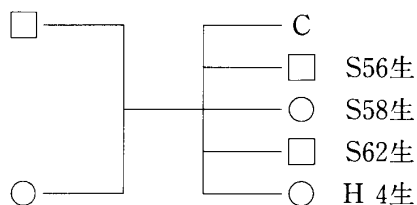
女 12歳

ヘルニア手術に伴う麻酔術後の後遺症

寝たきり、てんかんおよび全盲状態を合併している。言語理解は声かけに反応する程度。

食事、排泄は全介助。大島の分類 1。

## (2)家族構成



父親 施設入所の経験から、施設に対して悪印象をもっている。育児には協力的。

母親 腰痛あり

## (3)家族支援の実際

## (初回訪問)

平成4年1月保健婦であるコーディネーターが実施し、拠点事業の手続きを説明。

母親が第5子を出産する際、短期入所が必要と思われたが、父親の反対で実現困難と考え、それに向けた援助を行なう。

## (2回目訪問)

2月、医師と共に訪問を行ない、健康診査・短期入所の際の受け入れ病棟や受け入れ条件について検討を行なう。

7月に電話相談で父親に施設訪問を勧めた。

## (施設見学)

父親が祖母・弟・本児をつれて来院。施設に対する拒否的対応の改善を病棟見学等を通じて図った。

## (短期入所利用)

父親の短期入所への理解が可能となり、7月20日～8月8日までの母親の出産に際し、短期入所を利用することができた。また、本児は新

しい人への対人的緊張、不安が強いと言われていたが、事前の訪問と施設見学・体験入所により、それらのトラブルもほとんどなく短期入所を完了できた。

## (3回目訪問)

短期入所利用後の状況把握のため訪問。施設側としては、本児の受け入れはトラブルもなく成功したと認識していたが、実際は短期入所利用後、さまざまな問題が派生していた。喃語の消失、硬いものを食べなくなった、物も持たなくなった等である。

このような理由により父親が短期入所は、もう利用したくないといている。入所中の様子を詳細に説明し、相互理解に努める。

## (4回目訪問)

短期入所後、さまざまな後遺症状があったが、徐々に回復してきているようだ。また、父親も施設とのコミュニケーションを十分はかって、利用させてもよいと、気持ちが変化してきている。

## (5回目訪問)

状況把握のため訪問。体調もよく、元気に過ごしている。体の変形、拘縮が強くなっているため、リハビリテーションが必要であるが、訓練に通うことが困難である。今後、訓練士の派遣が必要と思われる。

## (4)まとめ

この事例は、短期入所利用までの経過を成功例として、すでに報告したが<sup>7)</sup>、その後のフォローで、そうでないことが明らかとなった。つまり、初めての短期入所により、さまざまな後遺症状を帰宅後に示した。それも、その後の訪問により、家族の不安の解消が実現できた。継続的な訪問のなかで、施設の状況や福祉システムについて正しい理解を得ておかないと、施設を真の意味で身近に感じてもらい、諸制度のスムーズな利用にもつながりにくいことを示した事例である。

**事例 4** (さまざまな地域サービスを利用したケース)

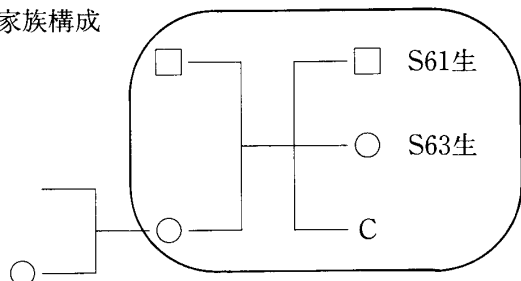
## (1)現 症

女 3歳

水頭症、てんかんを合併している

脳波異常あり。眼振・視力障害あり。寝返りは介助で可能。頸は不安定。全体的に低緊張。発語なし。言語理解は声かけに反応する程度。食事・排泄は全介助。大島の分類1。

### (2)家族構成



父親 育児には非協力的。一見おとなしそうに見えるが酒癖が悪く、妻に暴力をふるうこともある。

母親 知的にやや低い。本児出産6ヵ月後から、生理不順となり、よく転倒するようになった。歩行が不安定で、室内は伝い歩き。てんかん様発作あり。本児を抱っこすることもできない。K中央病院、国立病院に受診するが異常なし。

長男 落ち着きがない。小学校の授業についていけない。

長女 頑固な性格

祖母 (母方)リュウマチで四肢に変形あり。重たいものは持てない。

### (3)家族支援の実際

#### (S市検診)

1歳6ヵ月・3歳児検診の2次検診として、旭川児童院の医療スタッフがS市に出向き、診察・検査を行なっている。

平成4年5月、市の保健婦の紹介にて検診を受診し、児童院の医師の診察を受ける。医師から心身障害児・者地域療育拠点施設事業を紹介する。

#### (心身障害児・者地域療育拠点施設事業)

平成4年6月～平成6年3月

平成4年6月、拠点施設事業の申請完了。コーディネーターである保健婦が家庭訪問する。月1回、S市が行なっているリハビリ教室に父親の上司の家族に付き添ってもらいながら通う。家庭での介護用品や訓練についての指導が必要になり、心身障害児(者)巡回療育相談事業を利用し、児童院より理学療法士を派遣する(月

1回程度)。

平成4年8月、短期入所事前申請の説明と申請を行なう。

平成4年12月、児童相談所と連携し、児童相談所の社会福祉士、児童院の医師、保健婦と訪問する。母親に病状の説明・訓練の必要性について医師より説明する。しかし、母親がどの程度理解したかは疑問であり、今後福祉関係者等の援助が必要と思われた。旭川児童院主催の在宅児のためのクリスマス会に参加(父親が送ってくる)。

平成5年11月、電話にて入所について相談される。児童相談所と連携し、児童相談所の社会福祉士・保健婦で訪問する。福祉士より入所に必要な費用について説明。その後、父親と相談し費用のこともあり、入所は見送りとなる。

平成6年1月、座位保持椅子・移動用テーブルについて業者、市役所の保健婦と連絡をとる。また、通園センターについて説明すると、母親が通園してみようかという。

児童相談所に連絡、通園申請書の本児宅に郵送してもらう。後日、児童相談所の社会福祉士が訪問し、申請書の記入を母親に指導する。

#### (通園モデル事業)

平成6年3月～現在

月1回の通園となり、自宅から通園バスのバス停までタクシーを利用する。通園はスムーズで休むときにはきちんと電話連絡をしてくる。本児は、集団活動や定期的な訓練を受けることができるようになった。母親は、通園スタッフや他の母親からの刺激により、今後の養育態度の変容が期待されている。

### (4)まとめ

各種の地域活動を、家族と本児のニーズにあわせて活用することができた。とくに、ケースの発達段階に応じた早期発見から早期療育につなげることができ、さらにリハビリ教室、巡回、拠点事業、短期入所、通園、施設の諸行事など、さまざまな地域サービスを利用し、在宅処遇を充実させつつある事例である。

以上、在宅重症心身障害児とその家族のうち、代表的な4事例に対し、主として施設側からの家族支援の実際を紹介した。

すると以下のとおりである。

(1)重篤な障害程度と多彩な合併症をともなうケースが少なくない。入所中の重症心身障害児と全体としてその差が認められないという指摘もある。

(2)年令的には、若年者が多く、3分の2は18歳未満である（換言すると在宅では早逝している可能性が大きいし、年長になると家族の介護力の限界を越え施設入所を余儀なくされる事態を反映しているといえよう）。

(3)どんなに障害が重くても家族の一員としての場所や役割が用意されている。いわゆる「超重障児」といわれる重い障害児もきめ細かいケアを受けている場合が多く、そのためには特定の家族、多くは母親の負担ははかり知れないものがある。

(4)多くの場合、自ら意志を家族以外の第三者に明確に表現することが困難である。そのため特定の家族以外のケアを受けることは難しく、いわゆる母子分離困難を呈するケースが少なくない（事例3のように、短期入所に対する適応困難が、入所中でなく、帰宅後に症状が顕在化する例もあるので注意を要する）。

一方、処遇に関する家族の意向を調査してみると以下の点が指摘される。

(1)ほとんどすべての人が可能なかぎり在宅療育を続けたいと願っている。事例2のように、重症心身障害児通園の開始を契機として長期入所から在宅へとUターンした例もある。

(2)重症心身障害児施設は入所者のためだけでなく、在宅者にも開放し、日常的に相談や訓練に通えるところであってほしい。

(3)学齢期を過ぎた後も身近な地域内でディケアを受けられるよう重症心身障害児通園など地域内配置を希望する。

(4)目的を設定して一定期間入所するという形での施設利用（有目的有期限入所）をつよく希望する。また、母子分離訓練や家族での療育技術指導などを目的とした、体験入所や母子入所も制度化してほしい。

(5)介護者が病気、老齢、死亡などの場合、すみやかに入所させてほしい。

(6)介護者の休息、娯楽、文化活動のため重症心

身障害児施設を気軽に短期入所できるよう制度（レスパイトケア）の充実をはかってほしい、などである。

これらの要請に対応するためには、在宅老人のディケア、ショートステイ、ヘルパー派遣の在宅3本柱と共通する部分とともに、重症心身障害児およびその家族特有のニーズとがある。後者は、専門療育に関わるものである。巡回訪問については、家事援助や介護援助よりもむしろ医療、とくにリハビリや看護に関する指導への要請が大きい。ショートステイについても、重症心身障害児の心身の変化と家族の理解に対して、利用前後の組織的、継続的なアプローチが欠かせない。

また、これらの在宅援護策が断片的に提供されるのではなく、事例4のように、巡回訪問、通園、短期入所、心身障害児・者地域療育拠点施設事業などを連携させ、総合的に提供できるシステムづくりが早急に整備されるよう期待されている。家族支援に関わるものは、地域のニーズにあったサービスを十分に活用するとともに、不備なものについては関係者と協力しつつ新たに開発、定着させていくことも重要な役割と考える。

#### 4. 結 語

在宅重症心身障害児の病態像の特殊性と家庭状況の困難さ・複雑さから、その在宅支援策の具体的な展開に果たす重症心身障害児施設の役割は、大きく不可欠である。

国レベルでの施策は急速な充実を見ているが、都道府県そして施設間の格差は大きい。個々のケースを通じた在宅支援事業は、本人の病状や家庭状況の変化に応じ、多様なものでなければならず、あわせて臨機応変であることが求められる。

それらの事態を代表的なケースを通じ紹介し、あわせて今後の課題として、地域内格差を解消すべく重症心身障害児施設が巡回訪問、通園、短期入所、心身障害児・者地域療育拠点施設事業等をセットで実施できるよう条件整備が急がれることを指摘した。

表1 重症心身障害児施設（国立療養所を含む）の分布・病床数と推計重症児数（岡田<sup>9)</sup>）

（平成6年4月1日現在）

都道府県	人口（平成3年10月1日現在・総務庁統計局，単位：千人）	国立療養所重症児病棟		公立・民間重症児施設		病床合計数	人口一万当病床数	重症児の推計数*
		施設数	病床数	施設数	病床数			
北海道	5,649	4	400	4	768	1,168	2.07	1,437人
青森	1,477	2	160	—	—	160	1.08	425
岩手	1,415	3	280	—	—	280	1.98	407
宮城	2,264	2	200	1	50	250	1.10	652
秋田	1,223	1	160	—	—	160	1.31	352
山形	1,257	2	200	—	—	200	1.59	362
福島	2,108	2	200	1	40	240	1.14	607
茨城	2,870	1	120	2	90	210	0.73	827
栃木	1,947	2	200	1	60	260	1.34	561
群馬	1,974	1	80	2	203	283	1.43	569
千葉	5,614	2	240	2	90	330	0.59	1,617
埼玉	6,483	1	80	3	462	542	0.84	1,867
東京	11,887	1	80	6	981	1,061	0.89	3,423
神奈川	8,044	1	120	5	240	360	0.45	2,317
新潟	2,474	3	280	1	100	380	1.54	713
長野	2,160	3	280	1	40	320	1.48	622
山梨	858	1	120	1	40	160	1.86	247
静岡	3,686	3	320	1	48	368	1.00	1,062
愛知	6,724	3	160	1	180	340	0.51	1,937
岐阜	2,072	1	120	—	—	120	0.58	597
富山	1,121	2	200	—	—	200	1.78	323
石川	1,166	3	160	—	—	160	1.89	336
福井	823	2	200	—	—	200	2.43	237
滋賀	1,234	1	80	2	226	306	2.48	355
京都	2,604	1	120	2	170	290	1.11	750
大阪	8,737	—	—	1	400	400	0.46	2,516
兵庫	5,437	2	200	3	340	540	0.99	1,566
三重	1,802	2	160	—	—	160	0.89	519
和歌山	1,076	1	160	3	180	340	3.16	310
奈良	1,389	2	160	—	—	160	1.15	400
岡山	1,929	1	120	1	235	355	1.84	555
鳥取	616	1	160	—	—	160	2.60	177
島根	778	1	80	1	50	130	1.67	224
広島	2,858	2	200	4	212	412	1.44	823
山口	1,569	2	200	1	40	240	1.53	452
香川	1,023	1	200	—	—	200	1.96	295
徳島	830	1	160	1	80	240	2.89	239
高知	821	1	120	2	155	275	3.35	236
愛媛	1,513	2	240	—	—	240	1.59	436
福岡	4,831	3	320	6	480	800	1.66	1,391
佐賀	877	2	280	2	160	440	5.02	253
長崎	1,557	1	80	3	420	500	3.21	448
熊本	1,843	2	160	3	424	584	3.17	531
大分	1,235	1	120	2	114	234	1.89	356
宮崎	1,167	2	200	—	—	200	1.71	336
鹿児島	1,792	1	120	2	355	475	2.65	516
沖縄	1,229	1	80	3	220	300	2.44	354
全国	124,043	80	8,080	75	7,713	15,793	1.27	35,720

\*愛知県（名古屋市を除く）の把握重症児数の人口に対する割合（0.0288%，平成4年3月末現在）から算出した。



表2 重症心身障害児施設の人口割り定床数（江草・末光<sup>1,2)</sup>）

(昭和50年)

都 道 府 県	人 口	重症心身障害児施設の定床数			人口1万当りの 病床数
		国 立	公法人立	計	
北海道	5,184,287	400	608	1,008	1.9
青森	1,427,520	160		160	1.1
岩手	1,371,383	200		200	1.5
宮城	1,819,923	240		240	1.3
秋田	1,241,376	120		120	1.0
山形	1,225,618	200		200	1.6
福島	1,946,077	200		200	1.0
茨城	2,143,551	120		120	0.6
群馬	1,658,909	80	110	190	1.1
栃木	1,580,021	160		160	1.0
埼玉	3,866,472	80	200	280	0.7
千葉	3,366,624	160	40	200	0.6
東京都	11,408,071	80	844	924	0.8
山梨	762,029	160		160	2.1
神奈川県	5,472,247	80	120	200	0.4
新潟	2,360,982	240		240	1.0
長野	1,956,917	240		240	1.2
富山	1,029,695	160		160	1.6
石川	1,002,420	120	60	180	1.8
岐阜	1,758,954	120		120	0.7
愛知	5,386,163	40	200	240	0.4
静岡県	3,089,895	280	40	320	1.0
三重	744,230	160		160	2.1
滋賀	1,543,083	160		160	1.0
京都	889,768	40	230	270	3.0
奈良	2,250,087	120	170	290	1.3
大阪	930,160	160		160	1.7
和歌山	7,620,480		162	162	0.2
兵庫県	1,042,736	120	50	170	1.6
岡山	4,667,928	160	180	340	0.7
広島	1,707,026	80	215	295	1.7
山口	2,436,135	200	40	240	1.0
山形	1,511,448	160		160	1.1
鳥取	568,777	120		120	2.1
島根	773,575	80		80	1.0
香川	907,897	120		120	1.3
徳島	791,111	120		120	1.5
愛媛	1,418,124	160		160	1.1
高知	786,882	120	80	200	2.5
福岡	4,027,416	280	160	440	1.1
佐賀	838,468	240		240	2.9
長崎	1,570,245	80	290	370	2.4
熊本	1,700,229	120	280	400	2.4
大分	1,155,566	120		120	1.0
宮崎	1,051,105	160		160	1.5
鹿児島	1,729,150	80	230	310	1.8
沖縄	945,111	80	80	160	1.7
合 計	104,665,171	6,920	4,359	11,279	1.1

表3 公法人立重症心身障害児施設のオープン化事業および短期入所の利用状況（平成3年度）

## (1)各種オープン化事業別利用状況

H3年度 (H4.4.1)	短期母子入所			巡回訪問			プールのオープン化			地域療育拠点施設事業			その他		
	施設数	人	件	施設数	人	件	施設数	人	件	施設数	人	件	施設数	人	件
	8	17	14	17	1,321	1,847	6	800	146	9	751	2,033	11	792	7,622

## (2)短期入所の事由別件数

H3年度 (H4.4.1)	施設数	冠婚葬祭		家族の病気		母親の出産		その他		合計	
		延件数	延日数	延件数	延日数	延件数	延日数	延件数	延日数	延件数	延日数
	54	件	日	件	日	件	日	件	日	件	日
		296	1,468	340	7,309	57	2,302	283	3,559	1,165	21,924

表4 公法人立重症心身障害児施設のオープン化事業および短期入所の利用状況（平成5年度）

## (1)各種オープン化事業別利用状況

H5年度 (H6.4.1)	短期療育事業			巡回療育相談事業			施設プール開放事業			外来診療			緊急外来		その他	
	施設数	人	件	施設数	人	件	施設数	人	件	施設数	(合計)日	(合計)人	施設数	(合計)人	施設数	人
	23	352	1034	20	1725	3484	4	80	523	47	863	1213.03	15	265.6	5	215

## (2)短期入所事由別件数

H5年度 (H6.4.1)	施設数	冠婚葬祭		家族の病気		母親の出産		休養の為		旅行の為		その他		合計	
		件	日	件	日	件	日	件	日	件	日	件	日	件	日
	64	472	2032	646	12608	98	2654	344	5451	165	1039	465	3916	2190	27700

## 文 献

- 1) 江草安彦, 末光 茂 (1976) 心身障害児の地域福祉システムに関する研究. 安田生命社会事業団年報, 12, 1-15.
- 2) 江草安彦, 末光 茂 (1977) 重症心身障害児の地域福祉システムに関する研究 — 岡山県での検討 —. 旭川荘研究年報, 9 (1), 39-42.
- 3) 末光 茂 (1980) 巡回療育相談 — 第2部乳幼児期 3. 岡山市 —. 精薄弱者問題白書, 日本文化科学社, pp40-43.
- 4) 江草安彦, 末光 茂, 歳森恵己子, 難波久美子, 青山英康, 山口茂嘉 (1985) 在宅重度・重症心身障害児の訪問療育指導に関する研究. 小児の精神と神経, 25 (1), 51-58.
- 5) 末光 茂, 村下志保子 (1987) 特集 — 訪問看護 重症心身障害児の訪問看護 — 巡回訪問療育相談事業 —. 公衆衛生, 51 (12), 849-855.
- 6) 末光 茂, 刈谷哲博 (1991) 重症心身障害児 (者) 地域医療福祉システム構築の現状と課題. 川崎医療福祉学会誌, 1 (1), 151-157.
- 7) 末光 茂, 村下志保子 (1993) 特集 — 在宅重症心身障害児・者はいま 地域療育事業の実践とめざす方向. 月刊「地域保健」, 12, 83-91.
- 8) 末光 茂, 原田雅寿, 今岡由紀子, 土岐 覚, 頼則みち子, 小島真弓 (1994) 重症心身障害児・者の家族援助に関する研究 — 家族アセスメントからのアプローチ —. 安田生命社会事業団第29回 (1993年度) 研究助成論文集, 29 (1), 33-42.
- 9) 岡田喜篤 (1994) 全国重症心身障害児 (者) を守る会運動推進本部勉強会資料.