

「障害者自立支援法—重症児施設への影響と課題」と、コメント

独立行政法人国立病院機構（旧国療）のある国立病院・重症児病棟に勤務するメル友から、次のような課題提起と質問（1 P～4 P）が届きましたので、参考までに紹介します。

お読みいただき、メル友の問いかけに関する情報をお持ちの方は、アドバイスいただければ幸いです。

2005/7/23

この問いかけに、たくさんのメル友からアドバイス、及びコメントをいただきました。

参考までにコメント等を5 P～に記載していますのでご覧下さい。

また、このHPコーナファイルを見た方からも情報をいただいていますので、その都度このファイルに追加更新して行きたいと思えます。

まだ情報収集段階で未確認のことが多々あると思えますので、当ファイルを参考に各自確認作業をお願いします。

そして、これからも随時、関連情報等の提供をお願いします。

2006/1/3 阿部幸泰

「障害者自立支援法—重症児施設への影響と課題」

今国会で審議されている障害者自立法について重症心身障害児者（以後、重症児と略す）にかかわる立場から、その影響といくつかの課題について記しました。

1. 重症児の概要

先ず、障害者自立支援法の適用で影響を受ける重症児といわれる人たちの概要を述べます。

重症児の出現率は統計的に1万人に対して3人程度とされ、現在およそ3万8000人程度全国におられると推計できます。現在、重症児施設のベッド数は、公立施設27カ所（1,980床）、法人施設83カ所（8,968床）、国立病院機構74カ所（7,528床）となってお

り、施設が満床とみなした場合、184 ヶ所の施設に 1 万 8, 476 人が入所され、約 2 万人の方が在宅で生活をされていると考えられます。(両親の集い・583 号 2005 年 5・6 号：重症心身障害児施設一覧) を基に計算)

施設の事業体系は、重症児施設は障害に伴う合併症や機能障害のため、常に医学的管理が必要ということで、「医療法」の適応と保護(生活を支援する)ため「児童福祉法」の適応を受けています。つまり、「診療報酬」と児童福祉の「措置費」の体系で運営されているということです。入所手続きは 18 歳までにその障害があれば申請でき、18 歳を越えても継続入所が可能です。

重症児は定義的に「重度の肢体不自由と重度の肢体不自由を伴う」とされ、基本的には「大島の分類」で 1・2・3・4 に該当する方々を指し、日常的に全面的介護と医療ケアを必要とされます。しかし、周辺児として「動ける重症児」や「知的能力の高い方」、「医療的管理が必要でなくなった方」なども社会的理由もしくは次の施設が見つからず「滞留」状態で入所している現状もあります。一方、『動く重症児施設』として著しい行動障害のある方を入所させている施設もあります。

2. 自立支援法の影響と課題

1) 施設体系・事業体系の見直しが行われ、医療を必要とする方は療養介護事業の適応(医療保険を使う)、医療を必要としない方は生活介護事業の適応を受けることになるが、重症児施設は本来医療法の適応を受けているので、その施設が引き続き療養介護の事業申請をすれば、医療が必要でないと判定され方は行き場を失う可能性がある。

2) あるいは、施設が多機能化しユニットとして「その人員分」を生活介護の事業申請をした場合、ユニットをしなかったら得られたであろう診療報酬が収入として得られなくなり、医療施設は運営に大きな打撃を被る。両刃の剣である。

3) これまでの重症児施設という名称がなくなり、障害(児)者支援施設になり、疾患に関係なく医療・介護の必要な方が対象になり、重症児施設に ALS、脳卒中後遺症や脊髄損傷の障害者の入所が制度上可能になる。入所者の混乱を避けるために施設の明確な方針と機能が問われる。

4) 措置制度が無くなり、契約制度に変わる。これまで重症児は児童福祉法の付帯決議で児者一貫体制(18 歳を過ぎても入所できる)をとってきたが、3 年以内に児童福祉施設

の再編等の検討が行われる予定で、当分の間は児者一貫体制が維持できても、18歳以上は給付費単価（施設側の報酬単価）が引き下がることが示唆されていて、維持出来なくなる可能性が高い。平成17年3月末日時点での国立病院機構の重症児の平均年齢が34歳になっている実態があり、看過できない大きな問題である。

5) 施設は、自立支援法の新体系で概ね5年程度をかけて新体系に移行する。日中（昼間）活動の場と、住まいの場（寝る場所）を分けて考える（評価する）仕組みに変わる。これにより、施設の機能に適合しなくなった方は退所を余儀なくされ、重症児施設が“終の棲家”でなくなる方が出てくる。これまで“終の棲家”として考えてきた家族にとっては、地域に安心できる施設がない場合、大きな不安を抱くことになる。

6) 措置制度から契約制度に変わり、入所に際して契約を交わすことになる。成人の場合は本人が契約することになるが、重症児の場合は、契約する本人の判断能力に問題がある。そこで、代理人（成年後見人）がこれに代わって行うことになるが、成年後見を立てている方は少ない。また高齢の家族や両親不在の方も存在し、契約ができない方が表れる可能性もある。健在の家族についても、制度の理解をどのように進めるかが問題である。

* 施設との契約について、成年後見人をたてないで、支援費制度の時のように、保護者が施設と契約できる簡易な方法をとることができるのでしょうか。

7) 居宅支援の通園事業については、生活介護に該当するという考え方になっているが、医療的ケアが必要な方の場合について何も示されていない。在宅で濃厚な医療を必要とする重症児は生活介護施設では対応困難である。国立病院機構などで受け入れている医療ケアを伴う重症児の短期入所がどのようになるのか全く不明である。内容・方針について早急な提示が求められる。

*** 教えてください。**

1) 施設との契約について、成年後見人をたてないで、支援費制度の時のように、保護者が施設と契約できる簡易な方法をとることができるのでしょうか。それとも、成年後見人が必須となるのでしょうか？

また、契約についても、入院費の支払いを滞るような責任を果たしてもらえない家族と契約をしなくてよいのか、また、そのような事態が生じた時に、契約が解除出来るのか。

民法でも、20歳以上で、本人でない人が契約した場合、契約は成立していないので、負担金の支払いが滞る場合などの契約違反が生じた時、困ったこととなります。家族の高齢、高齢化、両親の死亡化を思うと安易な家族との契約は、後に問題を先送りするだけになるのではと思います。

やはり成年後見人をたてていくように話をしていくのがよいのではと考えます。

施設は親不在や家族の養育困難の理由で社会的入院を受け入れてきていますが、この人たちの入所契約と負担金の支払いなどが不明確です。また、家族がいなくて障害福祉年金の申請をしていない方もいます。

私は、このような方のためには、法定後見制で、対応しなくてはと思っています。

2) 短期入所については生活介護施設での受け入れと認識しているのですが、療養介護施設（旧国療）でも可能ですか。

短期入所の利用費については、応能負担から応益負担にかわり、利用の1割が家族の支払いとなります。また、入所中に医療が必要になった場合、3割負担の請求が行くことになります。超重症児ほど負担が増える仕組みになります。これでは、短期入所が使いにくい家族がでてきますね。救援措置はないのでしょうか。

※ 他のメル友からのアドバイス、及びコメント

①「養護介護施設」は、障害者自立支援法5条5項に医療を要する障害者で、かつ、昼間に「病院その他の厚生労働省令で定める施設」と述べていますので、短期入所は在宅の重症心身障害者も利用することができると思います。

省令に具体的な施設が示されることになっていますが、従来の重症児施設は、恐らく「養護介護施設」になると思います。

②質問の内容については、現在の法案では明示されていないと思います。

ただ、施設との契約は保護者が健在ならば、保護者が患者に代わって契約はできると考えます。

問題は、保護者（後見人）が不在の場合、どのような形で契約をするのかはわかりません。また、今までは施設負担金を行政に支払っていたものが、施設に自己負担は支払うようになるため、その徴収が施設でできるかという問題がありましたので、厚生労働省の課長補佐に聞いたところ、20才以上は障害基礎年金を施設で管理する方法があるとの見解でした。今までは施設で管理するなど云っていたのが、今度は管理するようにとの話でした。

短期入所についても見解はないように思いますが、医療を必要とする人は療養介護施設で可能ではないでしょうか。また、支援費の制度が継続されれば問題はないのではないのでしょうか。

③・独立行政法人本部は今やっと障害者自立支援法の対策を立てはじめました。

7月11日に話があり、一昨日から7月29日までに重症児、筋ジス、神経難病の患者さんの身体、行動の状況や介護者の状況について、全国調査をします。調査のベースは介護保険の認定の調査項目を参照したようですが、医療をようする事項については、超重症児スコアだけなので、医療ケアを要している実態や、常時何らかの医療ケアが必要になるケースの把握が出来ていません。（それで、重症児を把握する調査が求められています。動きはありますが、まだ具体的になっていません。）

・入所児者の2.5から3割近くは常時医療を要しない人が入所している実態もあります。

国立病院機構は「療養介護」を事業申請し、「生活介護」を申請しない方針のようです。

そうすると、医療を要しない人についてどうするかが、大きな課題になります。

これは、公法人施設も同じことです。

もし、生活介護を入れると、収入減は免れえず、人の配置を含め大きな経営方針の転換が求められます。そうなると、医療のかからない人は地域移行になり、医療の必要な方（重症児に限らず）が入所されるようになります。また、契約で医療費（40200円）と日常生活費等（2万円ほど）を利用者から個人徴収していくわけですが、支払ってもらえない人がいると、即経営を圧迫してきます。

・色々課題があり、自立支援法のなかで不明な部分について議論検討をする必要があります。これまで重症児に手厚かったと言われていた部分の見直しと本当に求められる施設作りが始まろうとしています。

これを好機にして、他の障害の人にも理解が得られる重症児福祉を考えなくてはと思っています。

④障害者自立支援法では、「障害福祉サービスの必要性を明らかにするため、市町村に置かれる審査会の審査及び判定に基づき、市町村が行う障害程度区分の認定を受けること。」となっていますが、この認定（判定）調査項目は、介護保険の認定項目をスライドしただけ。

これ一つとっても、こんな項目判定で障害者の支援がなされるのかと思うと寒気します。

例えば、時間がかかろうが自ら衣類の着脱出来ると、「自立」となってしまいます。「自立」だから支援は要らないということでしょうか。

なんとか頑張ろうとしている当人の気持ちにも寄り添う支援内容であって欲しいです。

⑤聞くとところによると、「重症心身障害児者の医療・療育相談支援ネットワーク構築に関する調査研究」をテーマとする研究会（？）が発足しているようです。

重症児を守る会、公法人立施設や国立病院機構の専門医師等による相談支援体制と、親への情報提供のネットワークを作ることを目的にしているようです。

障害者自立支援法がもし参議院を通過すれば、来年4月から施行されるはず。

こうした研究会の報告を待つ余裕が親にあるのでしょうか。

障害者自立支援法では必要な支援を判定するために審査会を各市町村に設けられますが、一体誰がメンバーになるのでしょうか。

審査会に重症児の親が入るように、守る会の各県支部は各市町村へ要望しているのでしょうか。

親も、応益負担額だけに気を取られるのではなく、もっと市町村レベルでの重症児の直接的な支援サービスの内容、運用に関心を持って欲しいと思っています。

研究会のような全国レベルの体制より、各市町村でのネットワークこそ大事と思います。

⑥国立病院機構は実態調査をしました。まだ進行形。

今回の概況調査は、国立病院機構、そして、厚生労働省が国立病院における障害者自立支援法案が成立した場合、障害区分でどういう人たちがいるのか、各病院の収入はどうかを概算するためです。

各病院の独自性なんて、結局なく、国立病院機構がどういう方針で臨むかで、おおかた決まることに成るのでしょうか。

当院の場合、1個病棟40床あれば、済むような気もします。医療中心であればです。

かといって、あとの80名の行き場は、？です。

そうした荒療治にはならなくても、やはり出て行かないといけない人はでてくるでしょう。

任せなさいといってきたか分かりませんが、他の施設に行きなさいと積極的に言っただけではこなかったはず。

まかせっきりの家族も家族ですが、いまのままで済むとは思えません。

「常時医療を要する」人はそんなにいるとは思えません。

ある病院のように80床の半分以上？気管切開しているなんてところは例外でしょう。

重症児でてんかんを合併しているのは常時医療を要するとはいえません。

わたしが心配しているのは、施設の外の医療は3割負担です。

自前で外科も内科も相談できないところでは、必要な手術・検査を家族が拒否するなんてことが起きないかと思うのです。

そこまでしてくれなくていい、現実にそういう親がいます。

障害児者のために使われるべきお金の管理をキチンとしていただき、病院にとっては確実に支払ってくれる人を確保するため？にも、成年後見人の選定はお願いしたいところです。これまでより手続きが簡素化されるそうですが、未確認です。

個々の親御さんが、自分なりの判断で、どこまでできるのかは？です。

基本的に、病院にまかせていけば安心で20年、30年すごしてきた親御さんたち。

まあ、とにかく変わる事はたしかで、保護者たちもそれなりに変化を感じ取っていることでしょう。

⑦医療費については、障害者自立支援法では、院外受診の場合は3割負担と厚生労働省の担当者は云っております。軽減措置についての考え方はないと思います。

現状の判断としては高額医療費分は戻るとは思いますが、高額医療にならない分は戻らないと解釈していますが。

6月に研究会で重症児福祉協会の会員の法人立施設の施設長と話す機会がありました。

その時、施設長さんは今まで年間100名以上院外で歯科治療をしてきたが、今後は3割負担となると家族に治療の同意と、支払いの同意を求めないと治療できなくなると話されておりました。

話は変わりますが、自立支援法では障害基礎年金を25,000円は残るようにサービス料・食費・医療費等を算出して自己負担を58,000円程度に算定していますが、日用品費が自己負担になり、その日用品費の中には行事費なども含むようです。

問題はおむつ代をどうするのかを尋ねましたら、決まっていなとのことでした。おむつ代を個人負担にするとかなりの金額が日用品費として加算されると思っています。

自立支援法の改正の速度が速いため理解できない部分が多くあります。

⑧内科、外科、耳鼻咽喉科、眼科などを抱えた総合病院の重症児病棟の人たちは医療費の点でめぐまれるということになります。

ただ、GERDに対して逆流防止術+胃瘻造設とか、気管喉頭分離術とか、特殊な手術をしてくれる先生が院内にいてくれればいいですが、そうでなければ、紹介しなければなりません。

旧国療の中身がすかすかの病院とか、民間の重症児施設は大変です。

通院経費とか、医療に関わる自己負担増は非常に大きな影響があります。

⑨ ⑧の方の文章に「医療費に関わる自己負担増は非常に大きな影響があります。」とありますが、今一よく分かりません。

総合病院の重症児病棟の人たちは、医療環境として恵まれていることは理解できます。

外部受診のために、付属する経費（付き添い経費、通院交通費）もかかることは想像できます。

すかさずの病院が、医療費の収入が少なくなることも想像できます。

でも、ある医行為そのものの医療費は、総合病院であろうと、外部病院受診・治療であろうと同じではないのですか。

また、自立支援法で「療養介護」になる重症児施設内での医療費は3割負担ではないのですか。

つまり、診察・治療の「医療費がかさむ」というよりは、「医療に関わる経費がかさむ」ということでしょうか。

ここを整理してこれから市町村の行政等に支援策の充実を要請していかないと、市町村も具体的に何をどう施策として充実するか、見えてこないような気がします。例えば、「医療費負担大過ぎる」といっても、市町村は「医療費算出は、市町村の預かりしらないこと」と逃げます。一方、例えば通院費補助は、各市町村の判断の施策で可能と思われれます。

⑩教えてください。

⑦の方の文章に「おむつ代を個人負担にすると……」とありますが、紙おむつや尿とりパッド類の失禁用品は、医療費控除の対象商品のはず。

医療費控除とは、紙おむつ代や医療機関に支払った診療代、入院費用、薬代などの医療費が年間合計10万円、若しくは年間所得金額の5%を超えた場合、申告によりその金額が課税対象から控除され、税金の一部が還付される制度ですよね。

自立支援法では、おむつ代は医療費控除から除外されるということでしょうか。

⑪>「施設内での医療は1割負担、施設外での医療を受けた場合は健康保険3割負担と聞いたことがありますか」

*施設内での医療は1割負担になります。しかし、負担軽減措置で40200円を越える負担はないと思います。歯科についてもその施設内にあれば問題はないと思うのですが。（確かめます。）

*施設外は健康保険負担3割になりますね。これまでは、自治体の医療費助成制度（一般に医療証、受診券といわれたもの）を使って、診察料の自己負担分を全額負担してくれた自治体があります。所得に応じて医療費助成が受けられない自治体もありますから、今後、

どのように変化するかが目が離せません。

定額医療制度（マルメ）と出来高医療制度と歯科の関係はよくわからないので調べます。

⑫「障害者自立支援法」では、利用者が施設入所中は施設内医療費は1割負担となっています。ただし、自己負担は所得に応じて上限を設定されています。

ただ、院外治療の場合は3割負担とされています。この場合は健康保険の自己負担と同じという判断とされています。

7月末に独法本部で説明された時に、レセプトは患者1人で1レセプトと云っていましたが意味不明です。

院外治療は3割は間違い有りません。

いろいろ調べていましたが、具体的な説明は有りませんでした。

私が考えるに、施設利用の方は、サービス料など58,000円程度の自己負担が生じるため、医療費を抑えて出したのではないのでしょうか。

重症児の場合は、生活療養型とされ医療施設で、生活福祉型は医療施設ではありません。

しかし、サービス料など医療費を除く費用は同等の額の自己負担になり、その上に医療費を乗せると自己負担が増えるために、1割負担として、上限も決めていると思いますが。

しかし、他院を利用する場合は、他の障害者や老人の医療費などと同じにするために3割負担が出てきたのではないのでしょうか。

はっきりはしませんが、老人の医療費は2割から3割になったと資料にありますし、何かの説明で身障療護の利用者は3割だったように聞いたような気がします。間違っていたらごめんなさい。

他の、障害者等と同等な支払いを求めるといった考え方から3割負担がでたように記憶していますが。

今回のご返事は、曖昧ですのでお許し下さい。

>療養型病床群（マルメ）との関係でしょうか？

この考え方は、将来はその方向で行くのかと思いますが、現状と、重症児施設は医療施設といった言い方をしていますから、各施設は、マルメを取るところは少なくなるのではないのでしょうか。

話が変わりますが、前回の3割負担で院外の歯科は3割と資料にはありましたので、同施設内でも歯科は3割かと思います。

⑬今の旧国療の重症児病棟のスタッフ人数を維持するには、医療費で稼ぐしかないでしょうね。

ただ、医療診療科の多い病院は、1割負担でいいですが、その反対は外部診療ですので3割負担。

同じ重症児施設でありながら、医療費の問題で大きな異なりが出てくるようですね。

さて、こうした側面を守る会等はどう考えて行くのか。

また、任用資格の指導員より、あらゆる障害に対応し得る社会福祉士の国家資格を持つ人を採用する施設が増えるでしょうね。

さあ、今の若い指導員たちはこの予想にどう対応しようとするのですかね。

⑭重症児施設は無くなり、障害者の医療機関になっていくように思います。

重症児が施設を利用してくれるならば問題はないのですが、厚生労働省は障害者の医療を必要としている方々の施設と医療（治療）を最優先にしていますから、今後の重症児施設は大きく変わるように思います。

障害者で医療を必要としている方々の施設ということは精神障害の方々は外れますが、中途障害者などの方々が利用する機会は増えると感じます。

当院は、在宅重症児が多く問題はないと思いますが、地方では空床が有ると、そのベッドを埋めるために重症児以外の障害者を受け入れる施設もあるのではないかと考えます。

先般、独法本部での説明では、独立行政法人国立病院機構は病院で有ることを強調し、職員の増員はPT・OTと療養介助員の増員をはっきりと云っていました。そこに福祉職の増員は云われておりません。国立病院機構は、医療施設に特化していくのか心配です。

また、医療施設と云うことで超・準超重症児だけを受け入れるようになったら、国立病院機構の病院は成り立たなくなるのではないかと心配しています。

療養介助員の増員はわかりますが、福祉職の先行きが心配です。

小生は常々指導員は専門性を出して、院内で評価されること、また院外にも研究とかで評価されるようにならないと、療養介助員に取って代わられることもあるので、自分の持っている専門性を出してほしいことを云ってきました。

⑮福祉新聞 HPに次の記載がありました。

「厚生労働省は7月22日、障害者自立支援法案の利用者負担の仕組みに新たな低所得

者対策を設けることを障害保健福祉関係主管課長会議で説明した。定率負担への配慮措置の一つは社会福祉法人減免で、通所サービスやホームヘルプサービスを対象に月額負担上限の半額を超える分を社会福祉法人が利用者の代わりに負担。国や地方自治体が一定割合を法人へ公費助成し、実質、低所得者の負担上限は当初の案の半額に引き下げられる。」

しかし、7月26日独法本部での説明に社会福祉法人は減免できると説明を受けましたが、国立病院機構の病院（施設）にも適用できるのかの問いに対しては、厚生労働省は冷たく、独法国立病院機構で考えて下さいとの返事でした。これに対しては独法本部はどのような答えを出してくるのでしょうか。

同じ重症児でも民間・公立施設と国立病院とで異なる扱いになりかねません。

こんなこと、自立支援法で可能なのでしょうか。もし可能なら、益々医療費のかさむ国立病院重症児病棟は利用されなくなりますね。

⑯福祉新聞 HP に次の記事があります。

「障害者に対する医療公費負担制度の見直しを盛り込んだ障害者自立支援法案に関連し、厚生労働省は6月22日、新しい医療公費負担制度における負担軽減対象者の範囲などを検討する自立支援医療制度運営調査検討会を立ち上げた。年齢や障害種別により異なる医療公費負担の仕組みを一元化し、利用者に原則1割の負担を求める自立支援医療制度（今年10月1日施行予定）の基準を専門医らが臨床実態に基づいて議論する。」

これを素直に読むと、医療費も3割負担でなく1割負担ということでしょうか。

自立支援医療制度運営調査検討会の対象の多くは恐らく在宅の人でしょうから、やはり一律1割なんではないでしょうか。まあ、その内、はっきりしたことが分かるでしょうが。

⑰医療の抑制か！？とも思ってしまいます。

応能負担から応益負担に変わります。

・公費負担医療制度には、現在「育成医療」、「更生医療」、「精神障害の通院公費医療費負担」の3つがあり、これが「障害者自立支援法」により、「自立支援医療」という名称に統合されて、原則1割負担で、他の福祉サービスに先駆けて、10月1日から実施されようとしています。

これまで精神障害の通院公費医療費は5%になっていますが、育成、更生医療は患者の所得に応じた費用徴収（応能負担）であったのですが、自立支援医療では、定率1割負担

(応益負担) になります。

育成医療対象者は激変緩和措置がとられ、当面は公費が給付されますが、3年間の段階的縮小とされます。

また、これまでは、入院時食事療養費が公費負担だったのですが、課税世帯で1日780円全額負担になります。

・高額療養費の自己負担限度額から公費負担医療の自己負担額を差し引いた分を公費として給付されますが、自己負担が80万以上の実医療費がかかる場合は、高額療養費分は償還払いになり、患者さんは医療費の3割を窓口で用意しなくてはならなくなります。

重い病気のある方は大変ことです。重い病気の人に重くのしかかる制度に見えます。

⑱障害者自立法案がとおりしました。これは、施設や入所者、そして指導室にも大きな影響が出ます。

重症心身障害者、筋ジスの患者さんにかかわるということで、s 57にそれを主管する診療科に指導室がおかれたのですが、自立支援法では、これまでの重症児病棟に、医療度と障害の状態で重症児以外でも、入院できることになります。

いずれ「重症児」以外のALSの方も入院されてくることになるでしょう。

とすると、また20歳以上の方が3/4以上占めている重症児病棟は児童相談所の措置で無くなり、契約が変わると、医療ケアを要する重度身体障害者になります。

重症児とかかわることで、児童指導員を業としてきましたが、依拠するものが無くなってしまいます。まさに存亡をかけた闘いが必要です。まずは、s 57年の通達から見直していかななくてはなりません。大変な仕事になりそうです。

多くの指導員は、大変だ大変だというだけで具体的対策案を持ち合わせていません。また、それは施設で考えたらしゃべっている人もいます。

私としては指導員が目を覚まして、どうするか具体策を練り上げ、全国的に流したいと計画しています。

⑲初歩的なことを教えて下さい。

後見人制度の手続きをしない親等が罰せられるような法は、何ですか？

後見人制度は、民法上の規定ですよ。

民法は、当事者の一方が告訴し争いになった時に、効力を発するもの。

重症心身障害者が家族を告訴するという事は、現実問題としてそうは起こりません。

我が子であっても20才を過ぎれば成人であり、年金等の財産は本人のものなのだから、親であっても侵してはならない、というように、家族の心情に訴えるだけのものであれば従来と変わりなし、ということになりますね。

従来とて、そのことを理解し、後見人制度手続きをしていた家族はいます。

ということは、後見人制度の手続きをしない親は、今までと同じで、何のおとがめもなし、ということになるのでしょうか？

障害者自立支援法の成立で、「親も年金管理等で大変になるよ」とよく聞きますが、今一なぜそうなるのか、その法的本拠は何なのかよく分かりません。

障害者自立支援法で応益負担になり、実質年金管理の家族が負担支払いしないということになれば、当然、第三者の人権擁護 NPO 等が告訴するという事は起こりえて、それを機会に後見人制度の手続きを進めるということは生じ得ることとは思いますが。

どの法文を根拠に、「親も年金管理等で大変になるよ」ということになるのでしょうか？

それとも単に、応益負担の支払い手続きで「親も年金管理等で大変になるよ」ということだけのことなのでしょうか。

⑳ ⑱のご質問の内容はわかります。後見人制度の手続きをしないことで法に触れることはないと考えます。

今までも年金を親が管理して、施設入所等の費用は家族が払っていたわけですから問題はないと思うのですが、機会があったら、調べたいと思います。

ただ、今回の障害者自立支援法に移行した場合は、利用者の支払いが、事業者に支払うことの煩雑さがあることで、未払いなど生じることはないかと思えます。

厚生労働省は、利用者から年金の大半を徴収することで、一時的に年金管理を施設ですればいと云っていましたが、最近の説明では、年金管理は触れなくなりました。

施設入所者は、住所を施設に移すとか、同一家族でも世帯分離をすることで、減免対象と言っておりますから、家族から切り離れた者の年金管理を家族がすることの難しさがあるのかと思えます。

最近、小生は入所者の家族に成年後見人制度を利用するようにと進めることを控えております。

その理由は、年金を2.5万円或いは2.8万円は残るようにすると云っておりますが、その残金から日用品費や医療費を支払うと1万円前後しか手元に残らないのではないかと考えます。その1万円を後見人に持って行かれたら、殆ど年金は残らないし、場合によってはマイナスになるのではないかと心配をしており、思案中です。

21：厚生労働省は、利用者負担金が施設で徴収できないことを懸念して一時的に年金管理を施設ですればいいと云っていましたが、結果的には年金は個人の資産であり、施設がどんな立場であれ預かることや、そこから支払うと云うことはできないことです。

障害者自立支援法を家族に理解をして頂くことや、施設幹部や職員にも理解をしてもらうことの使命は、指導員にあると思います。

指導員は、入所者の障害の克服や成長発達といった面を担いつつ、福祉制度を理解活用してこそ、指導員でしょう。

今回の法律では、重症児施設は児童福祉法の施設として当面は残りますが、いずれはこの法律に統一されるものと考えます。そうすると、児童指導員・保育士といった名称や資格が必要かどうかの問題になると考えています。

厚生労働省の説明の中では、施設基準は落とさず、経費を節減すると述べていました。

専門性を重視するのは介護面ではないかと心配しているところです。しかし、施設運営面では指導員のような施設運営と処遇面をできる職種は必要かと考えていますが・・・。

今こそ、指導員がこの法を運営に生かせなくては、国立病院機構に指導員は不要であると云われかねません。

22：⑱へのコメント

→後見手続をしない親が罰せられる法律はありません。お咎めと言う点では今までと同じです。

親が後見手続を怠った場合は、代理で市町村長が手続を行なえます。

→市町村長が代理で後見手続を行ない、その後見人が代理で告訴することがあります。

→後見人がいれば告訴できますし、親は横領罪等で処罰される場合もあります。親だからと考えるので分かりにくいのだと思います。遊び人の兄弟が扶養義務者（財産管理者）だと考えれば分かりやすいでしょう。

→私も、「親が年金管理で大変になる」と言うことは、良く分かりません。

原則として（法的に）、20歳を過ぎた重症心身障害者の金銭に関与すること自体が、既に預金の引き落としでは私文書偽造、同行使、横領など罪を犯していることになっています。

家族だからと言うことで、習慣や従来 of 慣習に従い見逃していると言うのが法的立場でしょう。今後、本人しか関与できなくなるなどの預金管理等が更に厳しくなれば、預金を下ろせなくなることはありえます。この点で、年金管理が難しくなるということなのでしょう。

現在でも、手の不自由な方のために代筆承認申請と言うのが銀行にはあり、銀行では障害がある預金者と判明した時点でその手続きをしなければならないことになっております。

→年金管理と応益負担の支払とは別次元の問題でしょう。先に申し上げたとおり、20歳を過ぎた重症心身障害者の年金の管理は、本人以外がしてはいけない行為です。

一方、応益負担の支払は扶養義務者として、家族がしなければならない行為で、その応益負担に年金を充てるかどうかは別問題だと思います。

23：⑱へのコメント

○後見人制度の手続きをしない親等が罰せられるような法は、何ですか？

●罰する法律は無いと思います。

・「成年に達しない子は父母の親権の属する」20歳までは親に親権（民法818）があります。さらに、法律行為や財産管理について、親権者に財産管理・代理権（民法824）があります。ただし、職権乱用の場合は、子もしくは親族または検察官の請求で職権喪失の宣告を家庭裁判所は宣告できます（民法834）。

・20歳を超えると、親権はなくなります。したがって、施設などと入所契約は本人がしなければなりません。しかしながら、**契約の成立に関して**、「相手方が死亡もしくは能力喪失の事実を知りたる場合には、これを適用せず」（民法525条）と明記してあります。例えば、施設と利用者の入所契約では、20歳以上は本人の契約になります。入所契約をする場合の、締結するだけの能力があるかどうかという問題は、事業者と利用者場合

の問題です。双方が合致すればよいですが、重症児の場合これに合致することはありませんので、親が親権がないのに行ってはいけないことになります。

・このため、判断能力が不十分な者について、代理人を定めて、本人のための契約の締結や財産管理をさせる制度として成年後見制度が平成11年に、法の一部の改正として定められました。重症児の場合は、成年被後見人に該当するでしょう。

・ただし、平成15年から始まった支援費制度では、保護者が本人の代理権も無いのに契約をしている実態があります。（これに関して、守る会の山崎さん（佐賀県重症心身障害児（者）を守る会・顧問）の資料があります。付帯資料参照。）

・入所契約に関しては、契約に不履行があった場合、契約解除の条項があれば、それに従い契約解除になりますが、利用者が損害を与えた場合は**損害賠償責任**が発生し、事業者から請求をおこされることになります。（参考文献；有斐閣：秋元美世・本沢巳代子編；ソーシャルワークのための法学.35 p）

○障害者自立支援法の成立で、「親も年金管理等で大変になるよ」とよく聞きます。

●これは、成年後見人に選任された方（4親等内の親族他）は、身上監護と財産管理がもとめられます。本人の保護し、支援するのがこの制度ですから、お金の管理はきっちり求められます。まず、申請段階で、家族の資産、子の資産を明確にしなければなりません。次に選任されると、消費したものについて出納しなければなりません。領収書も必要であり、定期的に家庭裁判に報告しなければなりません。不正な行為や不行跡をした場合は解任されます（民法846条）。親が子のために使う分には問題がありませんが、それ以外の目的で、これまで自由に使っていたのが使えなくなります。大変になるとはこんな理由もあるのではと思います。

以上、簡単に書きましたが、参考になればと思います。

付帯資料

重症心身障害児施設入所の保護者に訴える

平成17年5月18日

山 崎 國 治

I 障害者自立支援法案の審議状況

(省略)

II 重症児施設(国立病院・重症児病棟を含む)は、「措置制度」から、どう変わっていくのか。

- ① 「措置制度」は、平成18年9月で、原則、「廃止」となる。
- ② 平成18年10月から、契約に基づく「給付制度」となる。
- ③ 「給付制度」とはなにか。

重症児の保護者は、重症児施設給付費支給の申請を都道府県に行う。支給決定があると、施設受給者証を交付される。施設に入所の申し込みをする。指定病院に入院の申し込みをする。障害児施設給付費は、児童の保護者に給付費の9割が支給される。1割は利用者負担となる。9割は施設が代理受領することもできる。この場合は、保護者に支給したものと看做される。

給付費の支給決定には、障害の種類・程度、介護者の状況、その他厚生労働省令で定める事項を勘案して決められる。

④ これまでの「措置制度」のように、入所者・入院者の人数に措置費を乗じる計算方式とはならない。現在の支援費制度は、障害程度区分に応じて「A」「B」「C」と三段階に分けて、給付費が支給されており、介護保険の五段階認定区分も参考として、個別給付額が決められることになる。

② 1割の保護者負担を滞納する保護者は、施設サービスの低下の原因となる。

長崎県重症児施設未収金 6400万円(平成15年度決算)

A県B国立病院重症児未収金	平成14年度	1,355,200円
	平成15年度	2,207,100円
	平成16年度	3,617,000円

(平成16年度は平成16年4月から平成17年2月まで)

施設の収入源は、給付費であり、職員の人件費や施設運営費の一切が賄われることになり、未収金は、施設経営の根幹にかかわってくることになる。

⑥ 親の会と守る会の運動は、「措置制度」の時代には、未収金問題に関心が薄かったと言える。また、県議会の決算委員会でも、重症児施設の未収金が俎上にのぼることも少なかったと言える。徴収金の督促はなされていても、5年で消滅時効となり、納めない親は得していたことになる。真面目に徴収金を支払っている親は、他人も滞納せずに支払っているという思い込みはなかったか。

「措置費」という税金丸抱えの時代だから済んだことが、「給付制度」でも続くと思うと、これは認識不足というものである。自己負担金の滞納があると、施設経営の経費収支に支障をきたし、結果として、療育の質の低下を余儀なくされることを覚悟しておかなければならなくなる。

滞納者は、施設から契約を解除され、施設退所となる可能性もあることを自覚しておく必要がある。再度、強調しておく。

給付費制度は、入所者の保護者の負担金納入によって運営されるので、滞納者があると、運営資金が不足することとなり、施設経営をおびやかす、経営不安定となる。

親の会や守る会としては、滞納者の未納原因を調べ、滞納の解消に向けた対策を検討し、滞納をしないという心構えと実行に移す運動が、施設との信頼を築くことになる。

Ⅲ 給付費制度における「契約」とはどういうことか

① 平成15年度から始まった「支援費制度」は、施設又は事業者と利用者との「契約」を前提とした。この場合、文書による「契約」である。重症児・者も在宅でのサービス利用に適用されている。前項で契約解除のことを述べたので、説明する。手元にある契約書を見てみると、「第12条」に事業者からの契約解除の条文がある。

「事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができる。

一 利用者に支払い能力があるにもかかわらず、第五条に定めるサービス利用料金の支払い

が3か月以上遅延し、相当期間を定め催告にもかかわらず故意に支払わない場。」

その前には、利用者からの契約解除の条文も規定されている。

② 重症児施設に入所している児童と者の年齢区分は、二十歳を基準にみてみると、C県の場合、次のようになっている。

入院数	人	20歳以上	人	構成
A国立病院		110	99	90、0%
B法人立		55	53	96、4%
計		165	152	92、1%

(平成17年4月1日現在)

③ 重症児施設入所者(二十歳を超えている者)は、児童とみなす規定によって、施設利用の申請など、者の保護者が手続きをすすめることになる。問題となるのは、「契約」の場合も保護者が親の立場で出来るのかということである。

子どもが未成年であれば、「親権」の規定に基づいて、親が「契約」の当事者となる。

子どもが成年に達すると、「親権」は喪失し、子どもに「契約」の判断能力を欠く場合は、法定代理人が「契約」の当事者となる。つまり、子どもの成年後見人が施設との契約とになる。

④ 平成15年4月にスタートした支援費制度は、実際に「契約」が成年後見人と施設・事業者との間に取り交わされたのかということになると、曖昧な、中途半端な対応となっていて、保護者が本人の代理権限もないのに、保護者が契約の締結をしているのが、普通となっている。

その理由は、厚生労働省の次のような判断による。

「契約を締結するだけの能力があるかどうかという問題は、利用者と事業者との間の問題ですが、実際の契約の場面においては、判断能力不十分な者についても契約が円滑に結べるよう、利用者本人の意思を代弁する家族が支援したり、福祉サービス利用援助事業による支援を受けることが考えられます。また、家族等が代理人として契約を結ぶことも考えられません。」

⑤ 最近の動きを紹介しておく。

一つが、今年の1月25日に開催された第24回社会保障審議会障害者部会での古畑委員の質問である。

「平成12年に後見人制度が改正されて、まだ、実態としてはほとんど契約がきちんとされていないというところですので、今度の改定の段階で絶対に後見人がいない契約は無効であるというぐらいに強い形で準備をしていただかないと、12年から始まって今度18年ですので、6年経ってまだ後見人がいない 知的障害とか判断能力のない方が契約をしているという問題が解決されないし、最後のチャンスかなと思いますので、このへんを強く強調していただければと思います。」

この質問に対する伊原企画官の答弁を記しておく。

「権利擁護のお話でしたが、今回先ほども法案要綱のところでもご説明をさせていただきましたように、今回の都道府県あるいは市町村の責務としてそうしたことはっきりと書かせていただいて、相談支援事業者等々が支援していく ということをはっきりさせたいというように思っております。できる限りご指摘のような実態が解決されるような努力をしたいと そのように思っております。」

もう一つは、今年の4月4日に提出された衆議院議員泉房穂氏の「高齢者及び障害者の自己決定の支援に関する質問主意書」である。全部で六項目であるが、契約の効力にかんする「三・四・五」の質問項目と、これに対する答弁書を紹介する。

三 意思無能力の知的障害者甲の親族乙が、甲を代理する権限がないにもかかわらず、甲に代わって甲の名義で知的障害者更生施設丙と施設サービス契約を締結した場合に、この甲丙間の契約は民法上有効か。

四 前問の甲丙間の契約について、当該契約時より現在まで継続して甲が意思無能力の状態であった場合に、甲が当該施設サービスを利用し続けることにより、いわゆる「黙示の追認」をすることができるか。

五 問三の甲丙間の契約は、甲と丙との間の契約としては、成年後見制度等により甲の代理

人を選任し、当該代理人が甲丙間の契約を追認した場合のみ民法上有効と考えるが、見解如何。

この質問に対して、4月12日、内閣総理大臣小泉純一郎名で、河野洋平衆議院議長に答弁書が送付された。

以下は、その答弁書である。

三について

お尋ねの事案において、甲を代理する権限がない乙が甲に代わって丙との間で締結した契約は、甲の有効な追認がない限り、甲丙間の契約として有効とはならない。

四について

甲が継続して意思無能力の状態にある場合には、甲は、乙の行為について黙示の追認をすることができないと解される。

五について

甲が継続して意思無能力の状態にある場合には、甲の権限ある代理人が乙の行為について追認したときに限り、甲丙間の契約として有効となると考えられる。

給付費制度の契約の根拠は、社会福祉法第76条と第77条である。来年10月の給付費制度発足までに、重症心身障害者の親は、成年後見人選任の手続きをしておいた方が、安心というものである。

24：現実には、成年後見制度を前面に出せば、どれだけの国民が即応できるか疑問があります。

きっと、銀行や郵便預金が引き出せない、年金の振込先が障害者本人の名義ではおかしい（成年後見人が必要な障害者の通帳が存在すること字体がありえない。）などから、社会混乱になってしまいます。

また、後見人か保佐人かの境界も曖昧なところもあり、障害者数を増やしてしまいかねない（障害者認定の曖昧さ）ところもありますから、成年後見制度を前面に出せないこと

になります。

ということは、重症児施設に限定して云えば、従来は措置費でしたので病院が親に一部負担金を請求することはなく県から措置費が来ていましたが、今後は、病院が負担金徴収ですから、病院が家族が負担金を納めるかどうか、または、後見人を選定しているかどうかを見極めてから、契約を結ぶということになるのでしょうかね。

各市町村が、踏み込んで代理で後見手続を行なうしかないでしょうね。

もっと強く言えば、言うまでもないことではと思うのですが、不払いの時点で重症心身障害者に退所勧告せざるを得ないのではないかと思います。

その時点で、命に関わる問題ですから、市町村が調査に入り、成年後見人の選定を市町村が裁判所をお願いすることになるのでしょうか。

25：親の自覚の無い方や子どもを施設に置き去りにしている、あるいは行方不明の親がどこの施設にも1から2割程度はあると思います。

また、親が亡くなれば、兄弟姉妹が世話するというのはごくわずかです。この中には、社会人として生きていく機能に何らかの能力障害がある人も何人かいるでしょうね。この人たちも、何らかの正当と思われる理由をつけてどこかに行ってしまうのでしょうか。

ネグレクトのこんな親を罰する法律はありませんので、これ以上にこんな親を出さないために何が必要か考えなければなりません。

ひとつは、親のなってしまう前（あるいは15歳になるまで）に、どのように人を生きるかという教（共）育が必要と思いますが、現実には、置き去りにされた障害児については、社会は精一杯育てなければなりません。

道は遠いと思います。

26：施設入所の方と在宅では医療費やケアの負担で大きな差があります。既得権のようになっている入所について、全国守る会は自立支援法施行になっても、今入所の入所児者を施設から出さないよう働きかけているようです。

25%は重症児者で無い実体があるにもかかわらず、このような運動はいかがかと思えます。地域に受け皿を作り、地域で生活できる人は地域での生活が出来るように運動をす

るのが、この時点での本来の方針ではないかと思えます。

重症児者施設が生活型の事業を入れると、収入減で現状の経営が出来なくなるのは必至です。施設の縮小、統合などが生じます。

これで、重症児施設がつぶれば、本当に重症児者施設を必要とする医療的ケアが必要な人たちの行くところが無くなることも考えられます。在宅と入所の問題をもっと踏み込んで論議しなくては思っています。

26：を目にしたメル友からのコメント

「地域に受け皿を作り、地域で生活できる人は地域での生活出来るように運動をするのが、この時点での本来の方針ではないかと思えます。」は、全くその通りですね。

入所の人と在宅の人での受けている支援の大きさが違うと言えます。本人が、というよりは、保護者がかもしれません。

本人たちにとって、入所が本当にその人のためになっているのか、しかし、医療面でのケアの必要度が高いから施設入所がベターというわけでもありません。

医療面でのケアの必要度が高い人は重症児施設が必要というわけでもないと思えます。

重症児施設単独では対応できないからです。

「本当に重症児者施設を必要とする医療的ケアが必要な人たち」というのも正しくはないように思えます。

「今入所の入所児者を施設から出さないよう働きかけているようです。」は、基礎年金の枠内で、なんとか最低限の負担でいさせてください、ですね。

払える家族はお金をだしてでも、入所を続けてもらいたがるのかもしれません。

負担できる家族とできない、あるいはしない家族が出てきそうですね。

国立病院なんぞは、「重症児病棟」を維持できなくなるでしょう。

できなくなるというよりは、維持しようとしなくなるでしょう。

生活型病棟はいらない。生活病棟に看護師を配置してはコストが高すぎます。

民間・公立の施設のように、介護福祉士を大量に雇ってでも生活型病棟を維持するのでしょうか？

医療型病棟に、病歴上の「重症児」ではなく、障害上の「重症児相当」の人たちが入り

込んできて、否とはいえない。

でも否といたい。別の病棟に入っただき、重症児病棟のベッド数は減らしていく。

私は、この機会に病棟縮小してしまえればと思っています。

現在の重症児病棟に入所している人たちの障害程度、医療の必要度を考えると、重症児病棟は1病棟40床もあれば十分なかもしれません。

とって80名の行き先は？

しかし、いずれにしても、120床をそのまま維持は到底できないでしょう。

「重症児病棟」としてのアイデンティティーはなくなる方向なのではないでしょうか。

一般病棟から数年ごとに勤務交代でやってくる看護職員、働く職員に元々、そんなアイデンティティーはありませんが。

まっとうな小児科があって、子供時代から外来で診ていて、そのこどもが年を経て障害が重くなり、より医療を必要として入所してくる、それを垣間見ているのであれば、また異なるかもしれません。

「重症児」にこだわる頭の古い、私のような者？は居場所が益々無くなります。

障害の由来がこども時代か、成人になってからかで分けることが必要ないのかもしれませんが、すんなり頭は切り替わらず。

またそうであれば、当然、重症児病棟そのものが消滅するでしょう。

なんだか、ぐちゃぐちゃになりました。

27：今年から施行の障害者自立支援法では、今の重症児施設入所中の18才以上の重度の障害者は、従来の児童福祉法上で処遇されるよう。

だが、先の12/26開催の障害保健福祉関係主管課長会議資料から、以下のような疑問が出てきた。

重症児施設と療養型入所施設で費用負担の異なり云々とありましたが、障害者支援法でいう療養型入所施設とは具体的にどういった施設に（病院）になるのでしょうか。

国立病院機構の重症児病棟のことなのでしょうか。

他にはどういった施設が療養型入所施設に該当するのでしょうか。

現在の児童福祉法では、重症児施設は医療施設でもあると位置づけられています。

重症児施設と療養型入所施設との違いが、今一、自分には分かりません。

どこでどう区分けするのでしょうか。

ご存知でしたら、教えて下さい。

28：27) を目にした方から

「さて、今朝のご質問でございますが、山崎顧問からご回答を頂きました。転送をさせて下さい。」と以下の転送があった。

【 重症児施設と療養介護型施設との差異について

1 重症児施設は、児童福祉法上の障害児施設であって、原則は、18歳未満の児童が入所の対象となります。(改正児童福祉法第7条第2項・第7項)

2 「療養介護」は、障害者自立支援法に規定された「医療と生活介護」を必要とする18歳以上の身体障害者・知的障害者・精神障害者を指し、18歳以上の重症心身障害者もここに含まれ、この法律によって「障害福祉サービス」を受けることとなります。

(障害者自立支援法第4条1項・第5条5項)

3 「療養介護」の具体的な施設は、厚生労働省令で、「病院及び診療所」を想定しています。

どんな病院かは、省令の告示がないと解りませんが、重症児施設・肢体不自由児施設・身体障害者療護施設などが考えられます。

国立病院の重症児病棟・筋ジストロフィー病棟も含まれます。

4 施設運営には、都道府県知事の指定が必要となりますので、障害児施設のまま、5年間継続するのか、18歳以上を対象とした「療養介護」に移行するのかは、施設の経営上の判断によることとなります。

施設給付費には、両者に金額上の差をつけないと、「療養介護」移行が進まない——というのが、厚生労働省障害福祉課の考えです。

5 障害福祉サービスの「療養介護」を選択しますと、「障害程度区分」の認定を受け、市町村が実施主体となります。

この「障害程度区分」として、重症心身障害者と筋ジストロフィー患者は、「区分5以上」となりました。（平成17年12月5日社会保障審議会障害者部会で説明）

6 厚生労働省が公表しています「施設・事業体系の見直し」の図でも、「現行」として、「重症心身障害児施設（年齢超過児）」として、概ね5年程度の移行として「療養介護（医療型）」を示しています。

7 以上、述べましたことの結論です。

① 18歳以上の重症心身障害者を児童福祉法適用でいくのか、それとも、障害者自立支援法の「療養介護」に移行するのかは、施設側の選択の問題となります。

② 新制度への移行を促進するために、施設給付費に差を設けるという国の誘導政策に対して、施設に経営上の判断と選択を迫る方向にあると考えられます。

現在の段階で、お答えできることは以上です。

（1月1日 山崎國治 記）】

29：27) を目にした方から

① 自立支援法でいう療養型入所施設とは具体的にどういった施設に（病院）になるのでしょうか。

→ 宮城県県守る会 HP の 2005/12/10 全国守る会支部長会議 資料・障害者自立支援法の解説（PDF）の「その四」p-19 下段にあります。

② 国立病院機構の重症児病棟のことなののでしょうか。

→ はい、国立病院委託病床とあります。

③ 他にはこういった施設が療養型入所施設に該当するのでしょうか。

→現在の重症心身障害児入所施設および筋ジス病棟のこのようです。

ただし、精神障害については明記されておりませんが、障害区分の一元化の主旨から言
って、精神障害者の入所施設も該当するのではないかと考えられます。

④ 現在の児童福祉法では、重症児施設は医療施設でもあると位置づけられています。

重症児施設と療養型入所施設との違いが、今一、分かりません。

→児童福祉法は改正されませんので、4月1日以降もまた10月1日以降も申請があつて、
入所者に児童が含まれていれば、児童施設はそのまま存続します。

児童施設は現在と同じです（ただし、食費は負担します。）から、4月1日（10月1日
だったかどうかは不安です）現在の入所者は既得権として現在のまま入所できます。

措置という概念ではないのですが、措置と同様な扱いとなるので、ここが説明をうまく
できないところです。

つまり、重症児施設は児童福祉法によるわけですから、自立支援法とは異なりますので、
現在のまま存続します。

そこに入所している方は、最低でも見直しまでの5年間は既得権として入所可能ですし、
一旦支援費での施設（療育介護）に移ったとしても、不適應であれば以前の児童施設に戻る
ことができるそうです。

この既得権が大変重要だと認識しておりますので、例えば御存知のKYさんの場合は、
〇〇園から退所して在宅しておりますが、再度入所して10月1日を迎えたほうが、選択
肢が広がる、少なくとも在宅のままよりは狭くならないのではないかと思います、再入所の検
討をアドバイスしております。

また、重症心身障害児(者)通園施設も児童福祉法のようなので、そうなれば、ここにも
既得権があるのではないかと考えておりますが、その説明はございませんので、対処方
法を悩んでおります。

既得権の臭いがしたら、A型でもB型でも所属していたほうが有利ではないかと思っ
ております。