第１８回　宮城県療育懇談会　2008/1/19

テーマ：「重症心身障害者の高齢化の現状とその課題」

－重症児問題初期から係わった者としての立場から－

（話題提供；私見走書メモ）阿部幸泰

（注：私は現役を退いているので、ｎｅｔ等で手に入る情報からの私見だけに、詳細には間違いがあるかもしれません。その点はご容赦いただき、ご指摘、訂正いただきたい。）

Ⅰ：我がスタンス

イ）育児、保育、教育、療育活動とは、「あえて比べず、生きようとする生命が互いに輔け合いながら、生きるとはどういうことかを問い続ける活動。」と考えている。

（なぜ、入所者の高齢化だけが問題になり、職員の高齢化は問題にならないのかな？？）

故に、児か者かというような年齢という一属性はさほど問題にしない。

１９９１年の総合医学会「重症児病棟入所者の成人化とその対策」のシンポで指導員の立場からもこのことは触れ、また、医療棟と生活棟の区分け、また、地域の重症児施設間の機能分担、及び機動的連携を提言した。

（その後、各施設で傾斜配置等が実施され、また、国療から民間移譲も実施されてきた。）

ロ）重症心身障害児（者）とは、「法の谷間」の行政的呼称概念。

ケースによっては他の法や制度で処遇されるなら、それはそれとしていい。

現状では、医療的ケアを必要とする障害児・者が、各制度等からボイコットされがち。

必然的に、重症児問題とは医療的ケアを必要とする重度障害児問題となり、重症児施設は障害者自立支援法では療養介護型が該当すると思われる。

Ⅱ：重症児施設の機能

イ）一般病院のＮＩＣＵ入院児は、入院日数制限で長期入院は単価が下がるので、超重症児も退院を余儀なくされ、重症児施設への転医が要望されることが多くなるであろう。

つまり、ＮＩＣＵの受け皿としての施設。

ロ）障害者自立支援法との施設として側面

１）療養介護型施設は、いわゆる重症者だけを対象とは限らない。

（例えば、交通事故等の成人になってからの医療的ケアが必要な障害者が対象。）

１８才以上の医療を必要とする障害認定区分５，６が対象者となる。

（西多賀の療養介護型に移行した筋ジス病棟の現実は、どうなのか？

１８才以下の筋ジス児は、どういった制度の根拠で入院継続なのか？

１８才以下の筋ジス児は、移行後、入院してきていないのか？）

２）児童福祉法の検討・再編成との関係

厚労省発行のパンフ「障害者自立支援法の円滑な施行に向けて」の中で、「なお、これまで同様、現在入所している方のうち障害の程度が重度である場合は、満 18 歳に達した後の延長利用を可能とするとともに、重症心身障害児施設においては、満 18 歳を超えていても、新たな施設利用を可能としています。」とある。

パンフによると、障害児施設を「福祉型の障害児施設」と「医療型の障害児施設」

と区分けしており、児童福祉法の再編でもこの対応策は存続すると推測する。

３）児者一貫について

全国重症心身障害児（者）守る会は、従来通り児者一貫施策継続を要望しているようだが、その根拠がよく理解できない。

（例えば、重症児は発達期の障害によるから、小児科医等に成人、高齢化しても継続診て欲しいということのようだが、成人病や高齢化による疾患発病等の件はどう考えるのか？

また、重症児は発達期の障害によるから療育面でも発達的観点からの継続した援助必要とのことだが、成人した在宅の方は、自立支援法でデイサービス等で生活の支援を受けている。生活介護員は、その観点はないとでもいうのだろうか？？

更に、発達的観点からの援助が必要というなら、障害児の早期義務教育化、また、年限延長も平行して、要望すべきでないのか？？

ハ）通園

在宅のいわゆる重症児のための支援施策として、重症児と銘うったものは、「重症児通園施設Ａ・Ｂ型」の制度のみ。

ニ）短期入所事業

自立支援法の中で、昨年１０月に料金が高く設定される。

名称は「重心区分」、１日２４０００円の利用料で、本人（家族）原則１割負担で２４００円（高い！！これじゃあ、そうそう利用できない！！）。

重症児施設の短期入所のベッドが少なく十分に利用できていない現状。

特に呼吸器装着など高度な医療ケアを要する在宅重症児の利用が行き詰っている。

重症児区分の記載は「市町村」で重症児と判定され、短期利用の日数が決定したときに「重心区分」と記載する県もある。

「身体障害」しかない人が重症児施設を利用する場合は、市町村で重症児かどうかの判定をしてもらう（その判定基準の根拠は？？、

単に身体障害手帳と知的障害手帳の両方を持っているというだけか？）。

重症児は、知的障害の区分に含まれる。だから申請は、知的障害の申請を出す。

ホ）高齢重症者

在宅で６５才以上では、介護保険優先。ある人の介護保険で見られない側面は、自立支援法。

（例えば、目の見えない高齢者の余暇活動付き添いは介護保険対象でなく、また、介護保険ではオーダーメイド車いす作成は対象でなく、これらは自立支援法を活用。）

特定疾患に指定されると、４０才から介護保険の対象となる。

療養介護型施設入所中で６５才以上になっても介護保険対象とはならない。

６５才以上の在宅の医療的ケアを必要とする重度障害者は、優先的に特別養護老人施設。

特別養護老人施設では、看取りまで含めた対応が介護保険対象。

特別養護老人施設で対応できない医療的ケアの重度障害者（障害区分５・６）は、自立支援法による療養介護型施設。

介護保険は介護度、自立支援法では障害区分からの支援策のように、介護援助の中味で対応する施策の方向。
故に、介護保険と自立支援の統合が検討されており、また、障害者にも介護保険納入の制度が検討されている。
この施策等の検討からみても、先々は障害種というより障害状況、介護度等での施策といえる（北欧はこの施策制度採用）。

へ）措置権
虐待問題等への対応があるから、契約制では対応できないケースのために、措置権は永遠に確保されるはず。
介護保険でも老人虐待問題等から措置権は残っている。
さて、療養介護型施設にどれぐらいの割合で措置の入所人数を設定するのか？？

Ⅲ：まとめ
１）恐らく、療養介護型施設に移行する重症児施設は増えるものと思う。
故に、重症児という呼称枠で施策を要望することより、医療的ケアを必要とする障害児・者への施策充実要望が主になって行く思う。
つまり、重症児・者施設は、あくまで医療的ケアを必要とする児・者を処遇する療養介護型施設か、または、医療型の障害児施設における生活充実の場として、また、在宅の医療を濃厚に必要とする児・者の短期入所等の活用場所として、また、通園施設として、機能・存続し得る。

かといって、一つの施設があらゆる機能を持つのは難しいだろうから、宮城県内の関係施設の機能的、機動的な連携システム構築を望む。
重症児・者関係施設のＤｒが一同に会するこの「宮城県療育懇談会」こそが、その提言ができると期待する。

２）介護保険制度では、生活充実の視点より介護の視点が優先されがち。この二の舞は踏むべきでない。
そのためにも、措置制度から契約制度の変わったメリットを活かし、個々の生活充実の契約内容になっているかの吟味の上、保護者、また、後見人は、署名、捺印して欲しいものである。

３）重症児・者の６５才以上の高齢化云々ではなく、高齢化社会だけに一人一人の「死のクオリテイー＝生の質の充実」が社会的に十分に議論・吟味される時代に入ってきている。
つまり、重症児・者の高齢化問題も、処遇制度云々と平行して、個々の存在、尊厳への支援はどうあるべきかが、より議論・検討されるべきと思う。
その前に、支援者自身が「生の質の充実」をどう考えるかが問われることは云うまでもない。
そこからこそ、「宮城県重症心身障害児（者）を守る会」の「みんなとともに」、「西多賀重症児（者）親の会」の「ともに生きるよろこびを」の各スローガンの言葉が意味を持つと思っている。