

済生会重症心身障害児（者）施設全 6 施設の 入退所の実態と今後の展望

令和 2 年度 研究報告書

令和 3 年 3 月

社会福祉法人 恩賜
財団 済生会

済生会保健・医療・福祉総合研究所

研究員 吉田 護昭

報告書要旨

済生会重症心身障害児（者）施設全 6 施設の入退所の実態と今後の展望

社会福祉法人 ^{恩賜} 済生会
^{財団}
済生会保健・医療・福祉総合研究所
研究員 吉田 護昭

【研究背景】

全国の重症心身障害児（者）（以下、「重症児者」）は、およそ 47,000 人と推計され、そのうち、在宅生活が 7 割、施設入所が 3 割となっている。こうした実態のなか、在宅生活の継続が困難となり、重症心身障害児（者）施設（以下、「重症児者施設」）への入所希望またはやむを得ず入所となるケースが増加している。その背景には、例えば、医療の進歩による人工呼吸器や胃ろう等の使用、たん吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な子どもたちの増加、また、介護負担の増大、介護者の高齢化、介護者の養育能力などの介護者側の要因も挙げられる。さらに、小児科病棟や NICU から在宅移行が困難であることから生じる入院の長期化、児童虐待の増加に伴う措置入所なども背景として考えられる。

その重症児者施設への入所待機児者数は全国でおよそ 3,700 人となっており、特に、首都圏を中心にその数は多くなっている。そのため、地域によっては、在宅生活の継続が困難となった場合、すぐに入所できる状況にはないのが現状である。

【研究目的】

本研究は、済生会の重症児者施設全 6 施設（以下、「6 施設」）を対象に、入退所の実態と入退所プロセスの実態について明らかにする。そして、調査の結果から、今後、重症児者施設が果たすべき役割について述べる。

【研究方法】

済生会の 6 施設を対象に、質問紙を用いた郵送調査を実施した。調査期間は、2020 年 9 月 30 日から同年 10 月 23 日とした。全 6 施設から回答を得ることができ、回収率は 100% となった。調査内容は、施設概況に関する調査（49 項目）、新規入所児者の個別調査（19 項目）、退所児者の個別調査（18 項目）の 3 つで構成した。入退所児者の個別調査については、2015 年 4 月 1 日から 2020 年 3 月 31 日の 5 年間の短期入所以外のデータとした。分析方法は、基本集計とクロス集計を実施し、統計解析には、Windows 版 SPSS Statistics 25.0 を用いた。

倫理的配慮として、公益社団法人日本社会福祉士会研究倫理規程にもとづいた研究倫理ガイドラインに則り、研究をすすめた。回答は統計的に処理をし、個人や事業所を特定しないこと、個人や施設の評価に利用されたりしないこと、得られたデータや個人情報には研究以外の目的で使用しないことを文書にて明記した。本研究は済生会保健・医療・福祉総合研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

【研究結果】

1. 入退所プロセス

入所プロセスでは、自施設で入所待機児者を管理している施設は4施設、自施設以外（行政）で入所待機児者を管理している施設は2施設となった。

自施設で入所待機児者を管理している施設では、入所可否を決定する会議のメンバーとして、医療職、福祉職、事務職を含めた10人以上が参加していた。入所可否を決定する際、「医療」に関する項目が鍵となっていた。入所を断った理由や施設の抱える課題についても、「医療」に関する内容が多く挙げられていた。

自施設以外（行政）で入所待機児者を管理している施設では、施設内での欠員等があった場合に、施設が受け入れることが可能な状態の人を施設内で決定し、行政に報告する。行政は施設から報告のあった状態像に近い待機児者のリストを作成し、施設に情報提供する。その後、施設と行政の協議によって、最終決定をするプロセスであった。

退所プロセスでは、主に長期入院した場合、今後のことについて本人および家族への意思確認について尋ねたところ、本人への意思確認はさらに困難となるため、家族から意向確認を聞くことであった。その際に、本人にとって最善の利益であるかどうかの視点をもつことが重要であるとの意見があった。

2. 新規入所児者の実態

年齢では「0-2歳」が32人（17.4%）と最も多く、次いで「3-5歳」が26人（14.1%）、「6-8歳」が17人（9.2%）となった。「0-8歳」の範囲でみると、75人（40.7%）となり、全体の約4割となった。

入所時点において医療的ケアを受けていた重症児者は、「医療的ケアを受けていた」が97人（52.7%）、「医療的ケアをうけていない」が87人（47.3%）となった。

入所前の生活の場では、「自宅」が124人（67.4%）と最も多く、次いで、「病院（小児科病棟）」が27人（14.7%）、「医療型障害児入所施設」が12人（7.1%）となった。その他にも「NICU」や「乳児院」もあった。

入所経路では、「児童相談所」が61人（33.2%）と最も多く、次いで「行政機関」が58人（31.5%）となった。入所形態では、「契約」が142人（77.2%）、「措置」が42人（22.8%）

となった。

入所理由では、「介護者の病気等」が 58 人、「介護者の高齢化」が 46 人、「虐待」が 23 人の順と多い結果となった。その他として、「出産」が 22 人と最も多く、次いで「養育困難」が 13 人、「長期入所待機」が 8 人となった。

主介護者の年齢では、「30 歳代」が 46 人 (25.0%) と最も多く、「40 歳代」が 38 人 (20.7%)、「50 歳代」が 27 人 (14.7%) の順となった。「その他」では、10 歳代が 1 人、80 歳代が 5 人となった。

3. 退所児者の実態

年齢では「3-5 歳」が 14 人 (11.8%) と最も多く、次いで「0-2 歳」が 12 人 (10.1%)、「12-14 歳」、「15-17 歳」がそれぞれ 11 人 (9.2%) ずつとなった。「0-17 歳」の範囲でみると、66 人 (55.4%) となり、全体の約 5 割半となった。

退所時点で医療的ケアを受けていた重症児者では「医療的ケアを受けていた」が 74 人 (62.2%)、「医療的ケアを受けていない」が 45 人 (37.8%) となった。

退所理由では「死亡退所（自施設）」が 26 人 (21.8%)、「死亡退所（自施設以外）」が 19 人 (16.0%)、「その他」が 74 人 (62.2%) となった。「死亡退所（自施設）」の 26 人のうち、「看取り実施あり」が 13 人、「看取り実施なし」が 13 人となった。また、「死亡退所（自施設以外）」の 19 人のうち、「自施設が所在する同市区町村内の病院」が 12 人 (63.2%)、「自施設が所在する都道府県内の病院」が 7 人 (36.8%) となった。

【考察】

新規入所児者の実態から、入所する本人よりも介護者や家族側の要因によって入所していることが考えられる。そのため、施設としては入所後の本人支援のみではなく、家族支援も含めた支援をこれまで以上に展開していくことが重要と考える。

退所児者の実態では、看取りや転院、有期目的による退所があるなか、普段のかかわりにおいて、入所児者がどのような施設生活をしたいのか、どのようなことがしたいのか、本人はじめ家族や関係機関などから情報収集し、その情報を積み重ねていながら、入所児者の理解を深めておくことが重要であると考え。

入退所プロセスでは、入所プロセスにおいては、多職種による視点を反映しながら、入所希望の方の受け入れを積極的に行っていくことが必要と考える。退所プロセスにおいては、本人の最善の利益を最優先することが必要であり、普段のかかわりのなかで、本人理解を深めることが重要と考える。

これまでの考察を踏まえて、今後の展望として、重症児者施設が果たすべき役割は、重症児者施設が持つ機能をより拡充すること、開かれた施設づくりをこれまで以上に行うこと、

の 2 点が重要であると考え。これら全てを容易に実施できるものではない。しかしながら、入所児者や在宅で生活する重症児者を主体に考え、最善の利益を最優先しながら、できること、可能なことから取り組んでいくことが重症児者施設としての責務であると考え。

最後に、本研究で残された課題としては、虐待をはじめ、小児科病棟や NICU、乳児院などから入所した個々のケースについて、事例検証をし、入所に至った背景や具体的な要因について明らかにしていきたいと考える。

目 次

第1章 はじめに	1
第2章 研究概要	2
第3章 調査結果	
I. 施設概況	4
II. 新規入所児者の「入所プロセス」	6
III. 入所児者の「退所プロセス」	18
IV. 新規入所児者（基本集計）	21
V. 新規入所児者（クロス集計）	34
VI. 退所児者（基本集計）	57
VII. 退所児者（クロス集計）	67
VIII. 研究ミーティング	71
第4章 考察	77
第5章 おわりに	86
謝辞	88
文献一覧	89
参考文献一覧	91
資料（調査票）	93

第 1 章 はじめに

全国の重症心身障害児（者）（以下、「重症児者」）は、およそ 47,000 人と推計され、そのうち、在宅生活が 7 割、施設入所が 3 割となっている¹⁾。こうした実態のなか、在宅生活の継続が困難となり、重症心身障害児（者）施設（以下、「重症児者施設」）への入所希望またはやむを得ず入所となるケースが増加している²⁾。その背景には、例えば、医療の進歩による人工呼吸器や胃ろう等の使用、たん吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な子どもたちの増加^{3,4)}、また、介護負担の増大、介護者の高齢化、介護者の養育能力などの介護者側の要因も挙げられる⁵⁻⁷⁾。さらに、小児科病棟や NICU から在宅移行が困難であることから生じる入院の長期化^{8,9)}、児童虐待の増加に伴う措置入所¹⁰⁾なども背景として考えられる。

その重症児者施設への入所待機児者数は全国でおよそ 3,700 人となっており、特に、首都圏を中心にその数は多くなっている²⁾。そのため、地域によっては、在宅生活の継続が困難となった場合、すぐに入所できる状況にはないのが現状である。

先行研究をみてみても、重症児者施設に入所中の重症児者に関する実態調査^{11,12)}や短期入所の受け入れに関する実態調査^{13,14)}は見受けられた。しかしながら、重症児者施設の入退所に関する先行研究は見当たらなかった。また、2019 年度に済生会の重症児者施設全 6 施設（以下、「6 施設」）を対象に、アセスメントの実態調査をした際に、施設概況として、過去 3 年間の 6 施設の入退所に関する実態を明らかにしている¹⁵⁾。ただし、入退所した個々の基本情報や入退所経路などの具体的内容までは、明らかにできていない。

本研究は、6 施設を対象に、入退所の実態と入退所プロセスの実態について明らかにする。そして、調査の結果から、今後、重症児者施設が果たすべき役割について述べる。

第2章 研究概要

1. 研究方法

(1) 調査対象

済生会の重症児者施設全6施設

(2) 調査方法

質問紙を用いた郵送調査を実施

(3) 調査期間

2020年9月30日から同年10月23日

(4) 回収状況

全6施設から回答を得ることができ、回収率は100%となった。

(5) 分析方法

基本集計とクロス集計を実施し、統計解析には Windows 版 SPSS Statistics 25.0 を用いた。

2. 調査内容

以下の3つの調査票類を実施する。

(1) 「施設概況に関する調査（49項目）」

① 施設環境に関すること（5項目）

・定員、実人数、居室環境 など

② 新規入所児者の「入所プロセス」（35項目/選択制の項目含む）

・入所可否の会議に関すること、入所を断ったケース など

③ 入所児者の「退所プロセス」（9項目）

・貴施設以外の病院に入院した入所児者の面会、本人の意思確認が困難な際の対応など

(2) 「新規入所児者の個別調査（19項目）」

① 新規入所児者の基本情報【設問1～10】（10項目）

・昨年度の調査内容に合わせた質問項目としている

② 入所前に関すること【設問11～13、16～19】（7項目）

・入所前の生活の場、主介護者の状況 など

③ 入所形態や入所理由など【設問14～15】（2項目）

(3)「退所児者の個別調査（18 項目）」

① 退所児者の基本情報【設問 1～10】（10 項目）

- ・昨年度の調査内容に合わせた質問項目としている

② 退所理由に関すること【設問 11～17】（8 項目）

3. 倫理的配慮

公益社団法人日本社会福祉士会研究倫理規程にもとづいた研究倫理ガイドラインに則り、研究をすすめた。回答は統計的に処理をし、個人や事業所を特定しないこと、個人や施設の評価に利用されたりしないこと、得られたデータや個人情報は研究以外の目的で使用しないことを文書にて明記した。本研究は済生会保健・医療・福祉総合研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

第3章 調査結果

I. 施設概況

(1) 入所定員

入所定員では、「定員 50 名以下」が 3 施設、「定員 50 名以上」が 3 施設となった。

(2) 貴施設の所在する人口規模

各施設の所在する人口規模では、「指定都市・特別区」が 2 施設、「中核市・特例市」が 1 施設、「市（10 万人以上）」が 1 施設、「市（10 万人未満）」が 1 施設、「町村」が 1 施設となった。

表 I-1 貴施設の所在する人口規模 (施設)

指定都市・特別区	中核市・特例市	市 (10 万人以上)	市 (10 万人未満)	町村
2	1	1	1	1

(3) 貴施設の所在する同地域（市区町村）内および都道府県内の重症児者施設数

各施設が所在する同地域（市区町村）内および都道府県内の重症児者施設数については、表 I-2 の通りとなった。

表 I-2 貴施設の所在する同地域（市区町村）内および都道府県内の重症児者施設数

施設	同地域（市区町村）内		都道府県内	
	公法人立 重症児者施設	国立病院機構 (重症児病棟)	公法人立 重症児者施設	国立病院機構 (重症児病棟)
A	2 (1)	0	6 (5)	2
B	4 (3)	0	11 (10)	1
C	1 (0)	0	4 (3)	2
D	2 (1)	1	6 (5)	2
E	1 (0)	0	7 (6)	2
F	1 (0)	0	1 (0)	2

※A～F の 6 施設は、「公法人立重症児者施設」である。施設数については、自施設も含めた数としている。また、表の（ ）内の数字は、自施設を除いた同地域内、都道府県内の重症児者施設の数を表している。

(4) 居室環境

居室環境については、「個室」、「2 人部屋」、「4 人部屋」、「6 人部屋」、「その他」の分類で回

答してもらい、部屋数と割合を示したものが、が、**表 I -3** の通りとなった。

A 施設では、「2 人部屋」が 9 室（42.9%）と一番多く、次いで、「その他」が 6 室（28.6%）となった。

B 施設では、「4 人部屋」と「6 人部屋」がそれぞれ 4 室（36.4%）で、全体の 7 割を占めていた。

C 施設では、「2 人部屋」が 9 室（50.0%）と全体の半数を占めており、次いで、「4 人部屋」が 6 室（33.3%）となった。

D 施設では、「6 人部屋」が 21 室（48.8%）と全体の約半数を占めており、次いで、「個室」が 11 室（25.6%）となった。

E 施設は、「4 人部屋」が 24 室（50.0%）と全体の半数を占めており、次いで、「その他」が 11 室（22.9%）、「個室」が 7 室（14.6%）となった。

F 施設は、「4 人部屋」が 9 室（69.2%）と全体の約 7 割を占めており、「2 人部屋」と「その他」がそれぞれ 2 室（15.4%）となった。

表 I -3 居室環境

室 (%)

施設	居室環境					
	個室	2 人部屋	4 人部屋	6 人部屋	その他	合計
A	1 (4.8)	9 (42.9)	3 (14.3)	2 (9.5)	6 (28.6)	21 (100.0)
B	2 (18.2)	1 (9.1)	4 (36.4)	4 (36.4)	0 (0.0)	11 (100.0)
C	2 (11.1)	9 (50.0)	6 (33.3)	0 (0.0)	1 (5.6)	18 (100.0)
D	11 (25.6)	2 (4.7)	9 (20.9)	21 (48.8)	0 (0.0)	43 (100.0)
E	7 (14.6)	6 (12.5)	24 (50.0)	0 (0.0)	11 (22.9)	48 (100.0)
F	0 (0.0)	2 (15.4)	9 (69.2)	0 (0.0)	2 (15.4)	13 (100.0)

※「その他」として、観察室、母子棟、5 人部屋、8 人部屋、10 人、12 人部屋、16 人部屋、18 人部屋があった。

Ⅱ. 新規入所児者の「入所プロセス」

(1)、(1)－2 入退所の調整や相談等の窓口として対応している職員数

入退所調整や相談等の窓口対応の職員数は、「1名」が3施設（A、C、F）、「2名」が2施設（B、D）、「3名」が1施設（E）となった。窓口対応職員の所有する基礎資格については、「社会福祉士」が3施設（A、B、D、E）、「保育士」が2施設（C、F）、「看護師」（D、E）が1施設となった（表Ⅱ－1）。

表Ⅱ－1 入退所調整や相談等の窓口対応の職員数と所有の基礎資格

施設	職員数	基礎資格
A	1	社会福祉士
B	2	社会福祉士
C	1	保育士
D	2	看護師、社会福祉士
E	3	看護師、社会福祉士
F	1	保育士

(2) 入所待機児者の管理

入所待機児者の管理では、「自施設で管理している」が4施設（A、C、D、E）、「自施設では管理していない」が2施設（B、F）となった。

自施設で管理している場合（A、C、D、E施設）

(3) 新規入所児者の「入所可否の決定会議」の開催有無

4施設（A、C、D、E）すべてにおいて、新規入所児者の入所可否の決定会議を「開催している」との回答であった。

(3)－2 入所可否を決定する会議の「目的」（複数回答可）

入所可否を決定する会議の目的として、「入所待機児者として登録するため」と回答した施設が2施設（C、D）となった。

「空床等が生じ、入所待機児者名簿から対象児者を選定し、新規入所児者として受入れるため」と回答した施設が4施設（A、C、D、E）となった。

「その他」として、と回答した施設が1施設（D）となった。

(3)－3～5 入所可否を決定する会議の「参加人数」、「構成メンバー」、「開催回数」

入所可否を決定する会議の「参加人数」、「構成メンバー」、「開催回数」は、表Ⅱ－2の通り

となった。

会議の構成メンバーでは、医療職として、4施設すべてにおいて「医師」、「看護師」、「リハビリ職」が構成メンバーであった。

福祉職では、A施設では「MSW（医療ソーシャルワーカー）」、C施設では「保育士」や「介護福祉士」、「相談員」、D施設とE施設では「社会福祉士」が構成メンバーとなっていた。

また、4施設すべてにおいて、事務職員が構成メンバーとなっており、A施設では「総務課長」、C施設では「事務長」、「総務管理課主幹」、D施設では「事務部長」、E施設では「事務部長」、「次長」、「総務主査」であった。

表Ⅱ-2 入所可否を決定する会議の「参加人数」、「構成メンバー」、「開催回数」

施設	参加人数	構成メンバー			開催回数
		医療職	福祉職	その他	
A	14	・医師（小児科医）5名 （施設長：1、療育診療部長：2、医師：2） ・看護師5名 （療育看護部長：1、療育看護部次長：1、療育看護課長：3） ・ST【言語聴覚士】1名 （機能訓練課長）	・MSW（事務係長）	・常務理事 （副施設長） ・事務 （総務課長）	随時
C	11	・医師2名 （施設長、名誉施設長） ・看護師（看護師長） ・作業療法士 （リハビリ科主任）	・保育士2名 （育成課課長補佐、育成課主任）、 ・介護福祉士 （サービス管理責任者） ・管理栄養士 （医務科主任） ・相談員 （相談支援課主任）	・事務長 ・総務管理課主幹	月1回
D	18	・医師3名 （センター長、副センター長、医長）、 ・看護師 （看護部長、看護師長）、 ・理学療法士（主任）	・社会福祉士 （サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者）	・事務部長	月1回
E	19	・医師3名 （センター長、センター長補佐、副センター長） ・看護師3名 （看護部長、副看護部長、看護師長）、 ・理学療法士（リハ科長）	・社会福祉士 （主任支援員、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者） ・療育支援課長	・事務部長 ・事務次長 ・総務主査	不定期

※回答の原文をそのまま記載している。

(4)、(4)－2～3 入所可否を決定するための「評価基準（判定基準）」

入所可否を決定するための「評価基準（判定基準）」について、C施設とE施設は「有り」、A施設とD施設は「無し」であった。

「評価基準（判定基準）」の作成機関は、C施設では「児童相談所または市町の行政機関」、E施設では「施設独自で作成したもの」を使用している（表Ⅱ－3）。

表Ⅱ－3 入所可否を決定するための「評価基準（判定基準）」

施設	評価基準 (判定基準)	作成機関	評価基準（判定基準）項目
A	無		
C	有	・ 児童相談所 ・ 市町の行政機関	本人の状況：障害程度区分 介護者の状況：介護者の有無、主たる介護者の続柄、年齢、健康状態、就労状況、本人以外に介護等を必要とする家族の有無、他の介護者の有無、同居、別居の有無 障害福祉サービスの利用状況 特別な状況
D	無		
E	有	施設独自	・ 施設入所の有無 ・ ADLの状態（移動能力、知的能力） ・ 医療的ケアの有無 ・ 家族介護力（介護者の年齢、健康状態等） ・ 地域の福祉サービスの充実度、利用度

※回答の原文をそのまま記載している。

(4)－4 入所可否の決定方法（自由記述）

入所可否を決定する会議において、入所希望者の情報資料として、A施設では「診療情報提供書等」を、C施設では「アセスメント情報」を、D施設では「診療情報提供書」、「アセスメント情報（児童相談所による調査票）」等、E施設では独自で作成した「評価基準（判定基準）」の項目を参考資料としている（表Ⅱ－4の原文に波線）。

その資料等をもとに、入所可否を決定する際の協議内容として、A施設では「空床が生じた病棟での対応が可能か協議」、C施設では「当施設で対応可能か否かを協議」、D施設では「当センターで対応が可能か、当センター入所が適切な処遇か等を協議」といったように、自施設または病棟での対応が可能か否かであることが明らかとなった（表Ⅱ－4の原文に二重線）。

入所可否の決定について、AとD施設は、会議参加者の賛成または合意としており、C施設では施設長が最終判断をしている。また、E施設では、独自の「評価基準（判定基準）」の点数化を参考に、緊急性等を考慮して決定している（表Ⅱ－4の原文に太線）。

表Ⅱ－４ 入所可否の決定方法（自由記述）

施設	入所可否の決定方法
A	明確な判断基準はありません。 <u>入所希望者の診療情報等を基に、空床が生じた病棟での対応が可能か協議</u> 。最終決定については、 <u>原則としては参加者全員の賛成を経て決定する</u> 。また、現在は、入所の可否のみですが、以前は待機名簿に登載するか、しないかの可否も行っていました。今は重心であれば全て待機名簿に登録しています。
C	評価基準（判定基準はないが、 <u>入所希望者の（アセスメント）情報を参考に、会議の参加メンバーからの意見や見解等を述べ、当施設で対応可能か否かを協議し、最終決定は施設長の判断としている</u> 。
D	<u>入所希望者のアセスメント情報（児童相談所による調査票など）、診療情報提供書などを参考に、参加者にて当センターで対応が可能か、当センター入所が適切な処遇か、等を協議し、参加者の合意に基づいて判断する</u> 。
E	入所決定までに下部会議の入所調整会議で選考し、内定者を入所判定会議で決定している。 <u>評価基準（判定基準）の項目が点数化（ランク付け）されており、その評価を基に緊急性等を考慮して決定</u> している。

※回答の原文をそのまま記載している。

（５）待機児者名簿からの対象児者の選定方法

待機児者名簿からの入所の対象児者の選定について、A と C 施設は「登録順」、D 施設は「本人の状態、家族状況など施設入所の必要性、緊急性を鑑みる」、E 施設は「点数の上位および入所希望が早い人」となっている（表Ⅱ－５の原文に波線）。加えて、4 施設とも、空床が生じた病棟や部屋に合わせて選定していることが明らかとなった（表Ⅱ－５の原文に太線）。

表Ⅱ－５ 待機児者名簿からの対象児者の選定方法

施設	待機児者名簿からの対象児者の選定方法
A	原則は登録順ですが、 <u>空床が生じた病棟に合わせて（主に医療面）選定</u> 。
C	<u>待機児者名簿の登録順に、空床が生じた部屋や病棟に合わせて（男女や状態像など）選定</u> する。希望の有無については、住所のある市町の行政機関が家族に確認を行う。施設と行政機関が連携する
D	<u>本人の状態、家族状況など施設入所の必要性、緊急性を鑑みて検討</u> する。また、 <u>空床が生じた病棟の事情も考慮して検討</u> する。
E	<u>待機児者名簿のランク上位の方から入所希望時期が早い方に空床が生じた部屋や病棟に合わせて（男女や状態像など）、希望の有無を来院時や電話連絡等で確認し、候補者を選定</u> する。

※回答の原文をそのまま記載している。

（６）新規入所児者の入所プロセス

新規入所児者の入所プロセスについては、表Ⅱ－６の通りとなった。４施設とも入所までのプロセスは似ている。ここでは、そのプロセスにおいて、特に入所直前に実施している事柄を取り上げてみたい（表Ⅱ－６の原文に波線）。ただし、本設問は自由記述であったこともあり、詳細までは記入できなかった場合も考えられるため、取り上げる事柄が違う可能性もあることを予め断っておきたい。

A 施設では「仮の個別支援計画を作成（３か月）」、C 施設では「施設見学と入所前オリエンテーション」、D 施設では「入退所カンファレンス」、E 施設では「入所前診察」ということが明らかとなった。

表Ⅱ－６ 新規入所児者の入所プロセス

施設	入所プロセス
A	相談を受理⇒情報の整理⇒（重心ならば）待機名簿へ登載⇒空床が生じる⇒可否員会を開催し、対象者を選定⇒ <u>仮の個別支援計画を作成（３か月）</u> ⇒入所⇒入所後、正式にアセスメントし、計画作成
C	住所のある行政機関へ入所希望の相談、申請⇒行政機関より入所希望受理⇒自施設の入所待機児者登録名簿に登録⇒空床が生じる⇒会議にて入所待機児者名簿から選定する⇒ <u>選定した対象児者の行政機関へ連絡⇒施設見学⇒入所前オリエンテーション、契約⇒入所</u>
D	入所希望の相談⇒情報収集・面談⇒入退所カンファレンス⇒入所可⇒空床があれば入所、空床がなければ予約受付⇒空床が生じた場合⇒ <u>入退所カンファレンス⇒対象者を検討⇒対象者に入所対応可と伝える</u>
E	入所希望の相談⇒重心認定の可否確認⇒入所希望票の受理⇒情報の整理⇒小児科受診⇒自施設の入所待機児者登録名簿へ登録⇒空床が生じる⇒入所待機児者名簿から対象児者へ声かけし選定（優先順位）⇒選定した対象児者のアセスメント⇒入所調整会議⇒入所判定会議⇒ <u>入所前診察⇒入所</u>

※回答の原文をそのまま記載している。

(7) 「入所否」と決定したケース（平成 27 年 4 月～令和 2 年 3 月）

ここでは、入所可否の会議で「入所否」となった有無およびその理由についての結果を表したのが表Ⅱ－7 の通りである。C 施設以外の 3 施設（A、D、E）は「入所否」と決定したことがあった。件数は十数件から 22 件であった。

「入所否」とした理由について、入所児者の「高度な医療依存度」や「急性期治療」、「NICU（GCU）に入院」といったように「医療」に関連するケースが理由として多く挙げられている（表Ⅱ－7 の原文に波線）。次に、「空床が生じた病棟や居室等での対応困難」のケースがある（表Ⅱ－7 の原文に二重線）。

表Ⅱ－7 「入所否」と決定したケース数と理由

施設	入所否	件数	理由
A	有	22 件	・ <u>生じた空床で人工呼吸器の受入れが困難</u>（10 件） ・ <u>個室を用意できない（感染リスクが高い患者）</u>（1 件） ・ <u>急性期的治療中にあるため</u>（6 件） ・ <u>NICU（GCU）に収容されているため</u>（3 件） ・ <u>医療依存度が高すぎる</u>（2 件）
C	無		
D	有	12 件	・ 当センターでは対応しきれない <u>高度な医療</u>が必要なケース ・ <u>当センターの環境</u>が、希望者の適正な処遇とならないと判断するケース
E	有	十数件	・ 入所希望者の <u>医療依存度</u>や薬剤が高価であること ・ 介護者は 70 歳代の高齢で病気があり緊急性はあるものの入所対象者のコミュニケーションレベルが高すぎたため

※回答の原文をそのまま記載している。

自施設では管理していない場合（B, F 施設）

（８）～（１０） 新規入所児者の候補児者の決定会議

まず、入所待機児者の管理では、B 施設では「市区町村」、F 施設では「都道府県」となっている。参加人数や参加者、開催頻度については、表Ⅱ－８の通りである。

表Ⅱ－８ 新規入所児者の候補児者の決定会議

施設	入所待機児者の管理	候補児者の決定会議		
		参加人数	参加メンバー	開催頻度
B	市区町村	6 人	対象を児童にした場合 Z 市：児童相談所長、所管課職員 B 施設：施設長、看護師長	欠員発生時
F	都道府県	6 人	公的機関：児童相談所、行政 F 施設：施設長、病棟師長、相談員 その他：日頃支援されている関係者、家族など	適宜

※回答の原文の一部を加筆している。

（１２）、（１２）－２～３ 候補児者を決定するための「評価基準（判定基準）」

候補児者を決定するための「評価基準（判定基準）」項目等については、下記の表Ⅱ－９の通りである。

表Ⅱ－９ 候補児者を決定するための「評価基準（判定基準）」

施設	評価基準 (判定基準)	作成機関	評価基準（判定基準）項目
B	有	市区町村	養護性：16 項目 医療度：15 項目 介護度：食事 6 項目、排泄 4 項目、入浴 3 項目、 移動 6 項目、要配慮行動 5 項目、 その他 3 項目
F	有	重症児者施設と児童相談所、障害者相談支援センターで協議	1.年齢 2.地域 3.大島分類 4.心身機能（知的、運動） 5.医療の必要性和その内容 6.家庭の状況

※回答の原文をそのまま記載している。

（１３） 候補児者の決定プロセス

候補児者の決定プロセスについては、表Ⅱ－10 の通りとなった。２施設とも、行政が入所の待機児者を管理していることから、入所の最終調整は行政との調整が必須であることが明らかとなった。

表Ⅱ－10 候補児者の決定プロセス

施設	候補児者の決定プロセス
B	（施設内の）欠員発生⇒Ｚ市に欠員の連絡。受け入れ条件の提示⇒Ｚ市による候補児者リスト作成⇒施設内会議⇒Ｚ市と入所調整会議
F	まず、家族から児童の場合は各圏域の児童相談所へ、成人の場合は各市町村の障がい福祉課に、待機申請を受けて面談と調査を実施⇒入所希望された施設に対象であるかどうかを確認⇒対象が確認されたら入所希望施設に情報提供⇒必要に応じて保護者に連絡して施設見学等を実施⇒待機登録⇒施設に空きが出た場合、または緊急で入所支援が必要となった場合、当該施設と児童相談センターまたは障害者相談支援センターで協議し、入所調整を行う。

※回答の原文を一部修正し、記載している。

共通設問

（１４）待機児者（または候補児者）に、貴施設への入所の声かけをしてから入所日までに要する期間（平均）

A 施設では「２週間」、B 施設では「１か月」、C と D 施設では「１～３か月」、E 施設では「１か月半」、F 施設では「２か月」であった。

表Ⅱ－11 入所の声かけから入所日までの期間

施設	期間（平均）
A	２週間
B	１か月
C	１～３か月
D	１～３か月
E	１か月半
F	２か月

（１５）本人または家族から「入所辞退の申し出」（平成 27 年 4 月～令和 2 年 3 月）

「入所が決定した後」に、本人または家族から「入所辞退の申し出」があった施設は、A 施設が 3 件、D 施設が 1 件、E 施設が 1 件であった。その理由については、表Ⅱ－12 の通りである。B、C、F 施設については、そのような事例はなかった。

表Ⅱ－12 の波線のように、「自宅で介護したい」、「いざ入所となると決心がつかない」というように、主介護者の本当の心情があらわれていることがうかがえる。

二重線の「自宅から遠い」、「新型コロナウイルス感染対策のため、家族の面会や外泊が不可」のケースは、入所見者に会い来たいといった、家族の想いや愛情が読み取れる。

太線の「生活介護（他事業所）を利用できるなら入所したい」というケースも、これまでの生活パターンを継続させたという家族の意向がうかがえる。

家族の本人を想う気持ちが、辞退する理由に、非常に表れていることがうかがえる。

表Ⅱ－12 本人または家族から「入所辞退の申し出」

施設	件数	理由
A	3 件	・ <u>自宅から遠いため</u> ・ まだ、<u>自宅で介護したい</u> ・ 在宅介護は限界に近いが、<u>いざとなると決心がつかなかった</u>（父親）
D	1 件	新型コロナウイルス感染対策のため、 <u>家族の面会や外泊が不可</u> となっているため。
E	1 件	・ 日中のサービスで、<u>生活介護（他事業所）を利用できるなら入所したいの</u>と<u>いざ入所となるとまだもう少し一緒に暮らしたい気持ちが芽生えたため</u>（保護者は 70 歳上の高齢者です）

※回答の原文を一部修正し記載している。

（１６）「入所の相談や依頼の段階」で入所を断ったケースとその理由（平成 27 年 4 月～令和 2 年 3 月）

「入所の相談や依頼の段階」で入所を断ったケースが有った施設は、A、D、E、F の 4 施設となった。B と C 施設は、そのようなケースはなかった。

断った理由として、特別な医療、急性的な治療などが必要な状況による理由があった（表Ⅱ－13 の波線）。また、疾患によって施設対象外とするケースもあった（表Ⅱ－13 の太点線）。その他では、満床であったことや看護体制が整わないなどの理由があった（表Ⅱ－13 の下線）。

断る際には、施設長やセンター長補佐、看護部長等などの複数の役職者で決定していることが明らかとなった。

表Ⅱ-13 「入所の相談や依頼の段階」で入所を断った理由と断りの決定方法

施設	理由と断りの決定方法
A	(理由) 急性期的な濃厚治療を行っている状況にあるため判断ができない。今後、症状が固定し、積極的治療が不要とならないと受け付けない。
	(断りの決定方法) 待機名簿の登載についての可否委員会で決定された（※現在は、この名簿登載のための可否は廃止した）
D	(理由) 当センターには特定の後方支援病院がないため、特別な治療や医療ケアが必要な利用者、あるいは、治療等で他の医療機関への入院治療の必要性の高い方は、お断りする場合がある。
E	(理由) ・筋ジストロフィー、中途障害に関しては、当施設の対象から外れる。 ・大学病院等、他院を定期受診する必要がある場合（高額医療費が予測され対応が困難なケースを含む） ・市町村からは「療養介護」の支給が出るとは言われているが、医療的ケアが無く、移動能力等が高い場合 ・当施設の受診歴がないが、退院後、在宅復帰が困難で近々で入所したいと打診があったが、満床であったため。
	(断りの決定方法) いずれのケースも入所の担当課が聞き取りにて判断し、緊急性等、検討が必要なケースについては小児科医（センター長補佐）、看護部長とも協議し、最終的に判断を行う。
F	(理由) ・施設側の看護体制が整わないため。 ・対象外であったため。状態像の他、成人発症の場合。進行性疾患（筋ジスなど）についても県内に専門施設があるため断っている。
	(断りの決定方法) 決定については施設長、病棟師長、担当の相談員で協議し決定。

※回答の一部を修正し、記載している。

（１７）虐待等の「緊急一時保護」による入所依頼があった場合の入所可否の決定方法

虐待等の「緊急一時保護」による入所依頼があった場合の入所可否の決定方法については、B施設以外の５施設が回答しており、その結果が表Ⅱ-14の通りである。

表Ⅱ-14 緊急一時保護に関する入所可否の決定方法

施設	緊急一時保護に関する入所可否の決定方法
A	臨時で入院可否を開催する。
B	施設長と看護師長、ソーシャルワーカーによる会議を開催し、入所可否を検討する。
C	臨時もしくは緊急の入所可否の会議を開催し、受入れの決定をする。
D	入所担当者が、センター長、副センター長、医局、看護部長、看護師長らに順次、報告、相談をおこない、検討、合意形成をはかる。
E	医師、看護部長、看護師長、療育支援課長と診療情報提供書やアセスメントシートで緊急性の有無や本人の医療ケアや状態像を把握し、可否を決めている。
F	至急、児童相談所や関係者との会議を開催し、本人との直接面接などを経て、施設長、病棟師長、担当の相談員で協議し決定する。

※回答の原文をそのまま記載している。

(18) 18歳以上の新規入所者の受入れ

新規入所児者で18歳以上の人を受入れる際の施設の対応について、下記の選択肢番号

1. ～ 4. の中から一つ選択をしてもらった結果、6施設全て「1.」を選択した。

1. 18歳以前に疾病・外傷等により、重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した者（重症心身障害）に限って入所の受入れをしている
2. 18歳以上で中途障害により重症心身障害状態になった者は「療養介護」の対象者と認定されれば、入所の対象者として受け入れている
3. 上記1. 2. の両方のケースを受入れている
4. その他（ ）

(19) 入所プロセスにおいて貴施設が抱える課題

入所プロセスにおいて、貴施設が抱える課題については**表Ⅱ-15**の通りとなった（5施設が回答）。「医療依存度の高い入所児者」や「看護体制による人工呼吸器利用児者の受入れ」など、医療的なケアに関する課題を抱えていた（**表Ⅱ-15**の波線）。

入所の順番が回ってきても、すぐの入所には至らないケースもある（表Ⅱ-15の太線）。

行政や事業所側との情報共有によるコミュニケーション不足や相談体制の課題を抱える施設もあった。

表Ⅱ－15 入所プロセスにおいて施設が抱える課題

分類	課題
医療に関すること	・人工呼吸器を含め、<u>医療依存度が高い患者様の受入れが進まない</u>。急性期治療は終了しているが、家族の付き添いが困難なので、NICU に入院したままの患者様。当施設は一般病棟に移っていないと入所はできない。 ・医療ケアがあまり必要とされない方を対象としている病棟には空床があるも、<u>入所を希望される方は、高度な医療を必要とする方々が多い</u>。 ・<u>高度な医療を必要とする方々のニーズの対応しきれていない</u>。 ・<u>看護体制的に対応が難しいため、人工呼吸器利用者の受け入れが限られている</u>。
緊急の受入れ	・臨時もしくは緊急の入所可否の会議を開催し、受入れの決定をする。 ・待機者リストを児童相談センター及び障害者相談支援センターが管理をしており、例えば出産や主介護者の治療入院等で緊急で、かつ1か月以上の一定期間、本人の保護が必要であるケースが発生した場合、上記2施設が管理する待機者の入所を延期せざるを得ない場合がある。 ・上記のような緊急で有期限的な支援が必要な場合の窓口はなく、児童相談所も把握していない。
入所回避	・空床ができた時に入所の勧奨をしても「<u>まだ入所は必要としていない</u>」と回答されることが多い。その理由として、介護者が高齢となり介護ができなくなったとき、または、病気などで介護ができなくなったときの場合によることが多い ・入所待機者は多数いるものの、性別によっては直近の入所対象となる方がいない。 ・待機者リストから入所候補者家族に意思確認を行うと、ご家族から<u>直近の入所は断られる</u>ことがある。
他機関との連携	・待機者リストについては、登録時には連絡があるものの、その後の経過等の連絡はなく、現状の待機者リストについて施設間と共有ができていない。そのため、待機者リストはあるものの、それを共有するコミュニケーションが不足している。

※回答の原文を一部加筆修正し、記載している。

Ⅲ. 入所児者の「退所プロセス」

（１）入所児者が貴施設以外の病院に入院した際の面会の有無

入所児者が貴施設以外の病院に入院した際の面会の有無について、F 施設のみが「面会を実施している」とし、5 施設（A、B、C、D）は「面会を実施していない」という結果となった。

面会を実施している F 施設において、面会している職員は、施設長、看護師、保育士、介護福祉士、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、児童指導員である。頻度は月 1 回で、面会の内容は「お見舞い」であった。

（２）入院が長期化する場合、今後のことについて、本人やその家族と面談等を通しての意思確認の有無

入院が長期化する場合、今後のことについて、本人やその家族と面談等を通しての意思確認の有無について、本人への意思確認については、6 施設すべて「していない」となった。ここで留意したいのが、「意思確認をしていない」のではなく、本人への意思確認をしていたとしても、本人の状態等を考えると、意思確認ができない、意思確認が分かりづらい状態であるという背景から、以下のような結果となった。そのため、本設問においては、調査者の「問い方」の問題であることを断っておきたい。

家族への意思確認については、「意思確認をしている」が 5 施設（B、C、D、E、F）、「意思確認をしていない」が 1 施設（A）となった。

表Ⅲ－2 意思確認の有無

施設	本人への意思確認	家族への意思確認
A	していない	していない
B	していない	している
C	していない	している
D	していない	している
E	していない	している
F	していない	している

（３）入院が長期化した場合の退所に限らず、全般的に、退所を進めていくプロセスにおいて、「本人の意思確認が困難な場合」の本人への意思確認するための工夫点

退所を進めていくプロセスにおいて、「本人の意思確認が困難な場合」の本人の意思確認の方法や工夫点について自由記述をした結果が、表Ⅲ－3 の通りである（5 施設が回答）。5 施設とも本人主体とし、本人の意思を確認できるように工夫している（表Ⅲ－3 の波線）。

表Ⅲ－3 本人の意思確認の方法または工夫点

施設	本人の意思確認の方法または工夫点
A	これまで、当施設から退所をすすめる事例がないのですが、現状においては、ご家族の意思がメインとなってしまうと思います。しかし、サビ管や福祉職による <u>アセスメントで本人の「思い」を表現することが重要となると考えます。</u>
C	<u>本人に意思確認を試みるが、確実な意思の確認を取ることができない。家族の方に本人の気持ちも含め、意思の確認をさせていただく。</u>
D	ご家族、成年後見人等、 <u>ご本人の意思を代弁できる方、またはご本人に意思を推察できる方々と、話し合い、合意形成していく</u>
E	今まで経験はありませんが、 <u>本人の代弁者として家族の意向確認になると思われる。</u>
F	他の施設に変わることが、 <u>本人にとって最善の利益であるかどうかという視点のもと、担当職員他、家族や後見人と話し合う。変わった先でも本人が過ごしやすい環境で生活ができるように、本人のアセスメントや配慮、嗜好などを施設側と丁寧に情報共有を行う。</u>

※回答の原文をそのまま記載している。

(4) 入院の長期化または入院の長期化が予測されるケースの場合における「入所児者の退所についての検討会議」について

入院の長期化または入院の長期化が予測されるケースの場合における「入所児者の退所についての検討会議」については、表Ⅲ－4 の通りとなった。

表Ⅲ－4 入所児者の退所についての検討会議

施設	会議の有無	会議のメンバー	退所の決定方法
A	無		そもそも退所を積極的に行っていないので、それが課題ではないでしょうか。
B	有	施設長、看護師長、事務長、ソーシャルワーカー	本人の病状、児童の場合には児童相談所の方針を確認した上で、退所の有無を検討している。
C	有	入所可否を決定する会議のメンバーと同様	会議を開き、医療的な面で当施設での対応ができる範囲であるかを話し合う。
D	無		対象者の担当の医師、看護師、社会福祉士、保育士らで検討する。役職については、ケースにより異なる。
E	無		今まで入院の長期化する方はいませんでした。
F	無		3 か月以上治療入院が継続する場合は、一旦契約を解除する（ベッドは確保）

（５）退所プロセスにおける課題

退所プロセスにおける課題として、２施設からの回答があった（表Ⅲ－５）。ここでは、施設以外の地域の社会資源とのつながりが必要であることがうかがえた（表Ⅲ－５の波線）。

表Ⅲ－５ 退所プロセスにおける課題

分類	課題
地域や事業所との連携	・入所児の中には、相談支援事業所等の福祉サービスに繋がっていないケースがあり、退所後、日常生活がこまらなように社会資源に結び付けることに苦慮することがある。 ・外国籍のご家族の中に、障害福祉サービスの理解をすることが難しく、手続きが遅れることがある。 ・18歳を迎えた措置児の相談支援事業所の選定、次の生活の場の確保等に苦慮する。 ・県外施設への変更を検討する場合は、窓口がわからず、施設同士の話もなかなかすすみにくい。
その他	・出産等の有期限による長期入所は、入所の時点で期限を決めて、在宅移行のプロセスについても関係者等の検討と確認ができているため特に問題はない。

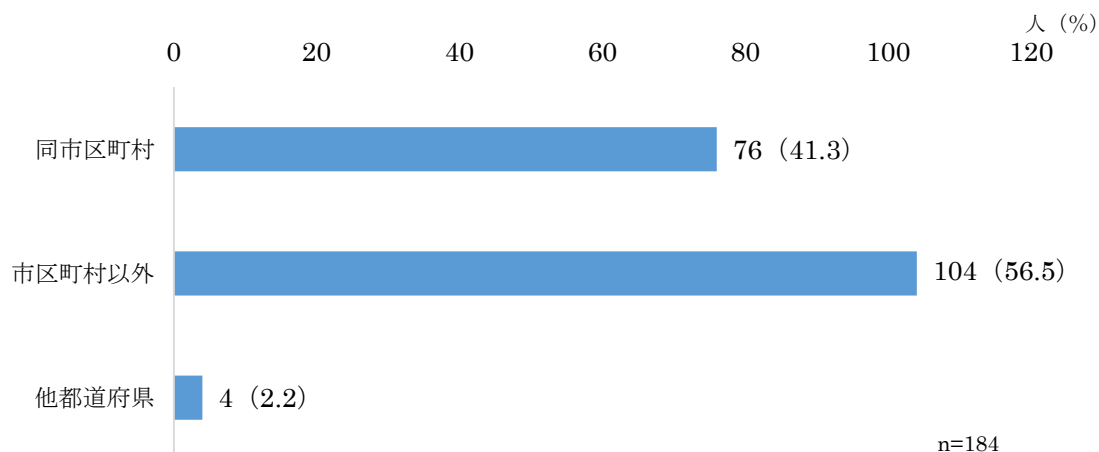
※回答の原文をそのまま記載している。

Ⅳ. 新規入所児者（基本集計）

本節では、済生会の重症児者施設 6 施設の 5 年間（平成 27 年 4 月 1 日から令和 2 年 3 月 31 日）の新規入所児者の実態を基本集計することとした。

（１）入所前の所在地

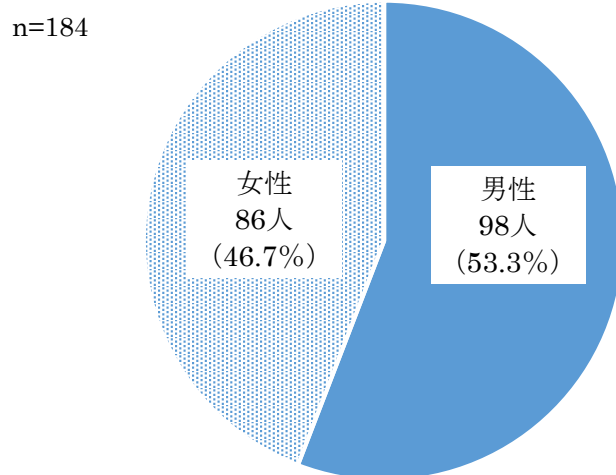
入所前の所在地では、「自施設が所在する市区町村以外」が 104 人（56.5%）と約 5 割半となり、「自施設と同市区町村」が 76 人（41.3%）、「他都道府県」が 4 人（2.2%）となった。



図Ⅳ－１ 入所前の所在地

（２）性別

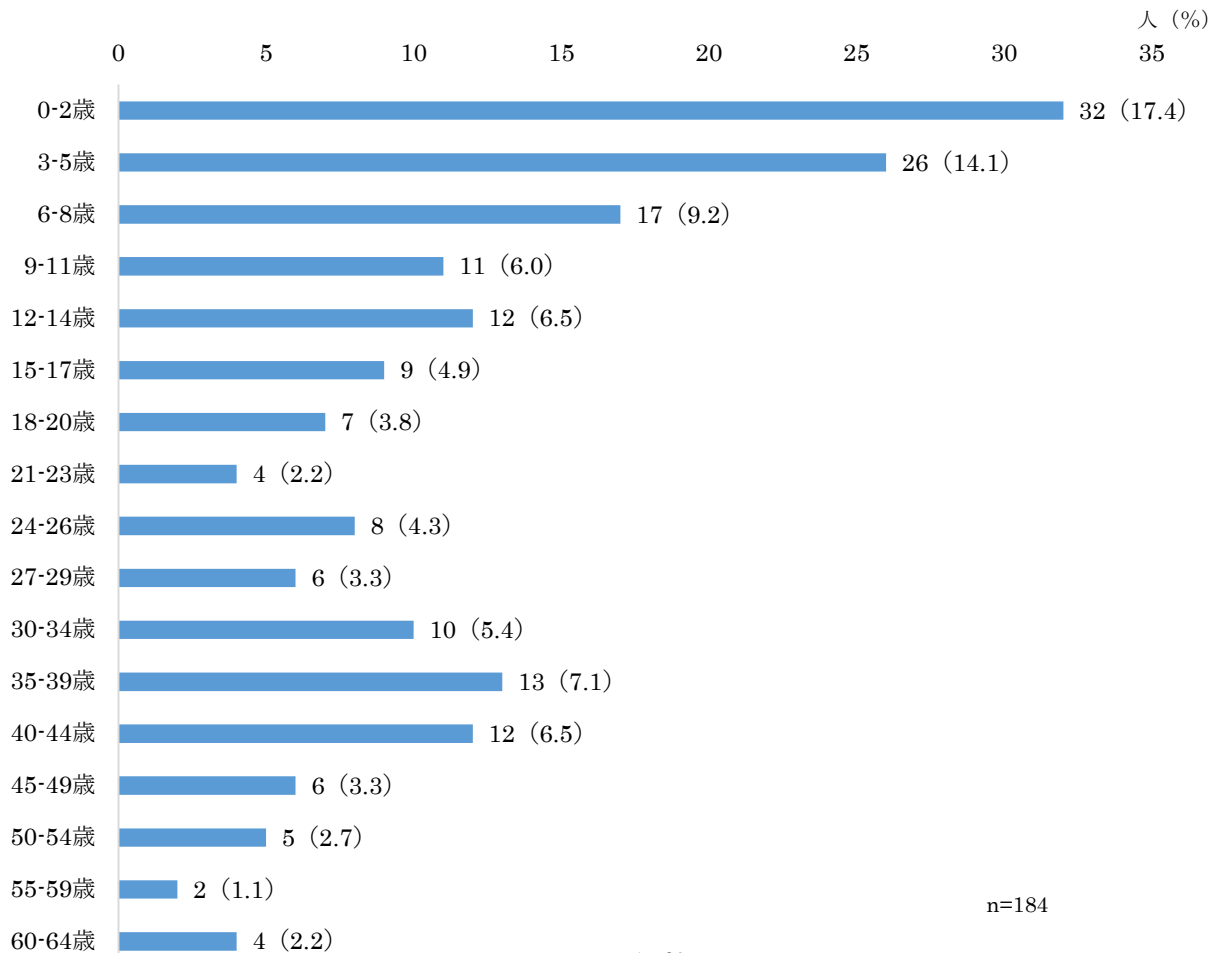
性別では、「男性」が 98 人（53.3%）、「女性」が 86 人（46.7%）となった。



図Ⅳ－２ 性別

(3) 年齢

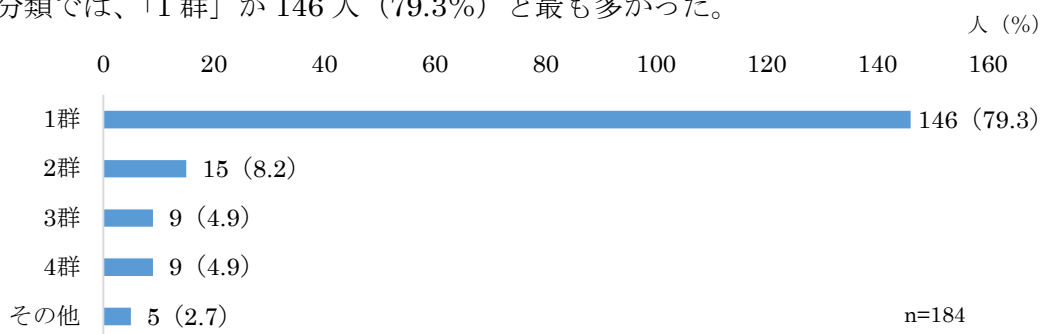
年齢では、「0-2歳」が32人(17.4%)と最も多く、次いで「3-5歳」が26人(14.1%)、「6-8歳」が17人(9.2%)となった。「0-8歳」の範囲でみると、75人(40.7%)となり、全体の約4割となった。



図Ⅳ-3 年齢

(4) 大島分類

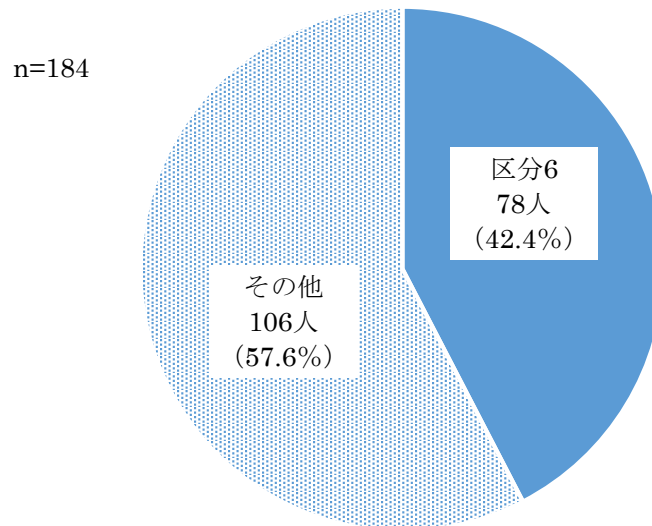
大島分類では、「1群」が146人(79.3%)と最も多かった。



図Ⅳ-4 大島分類

（５）障害支援区分

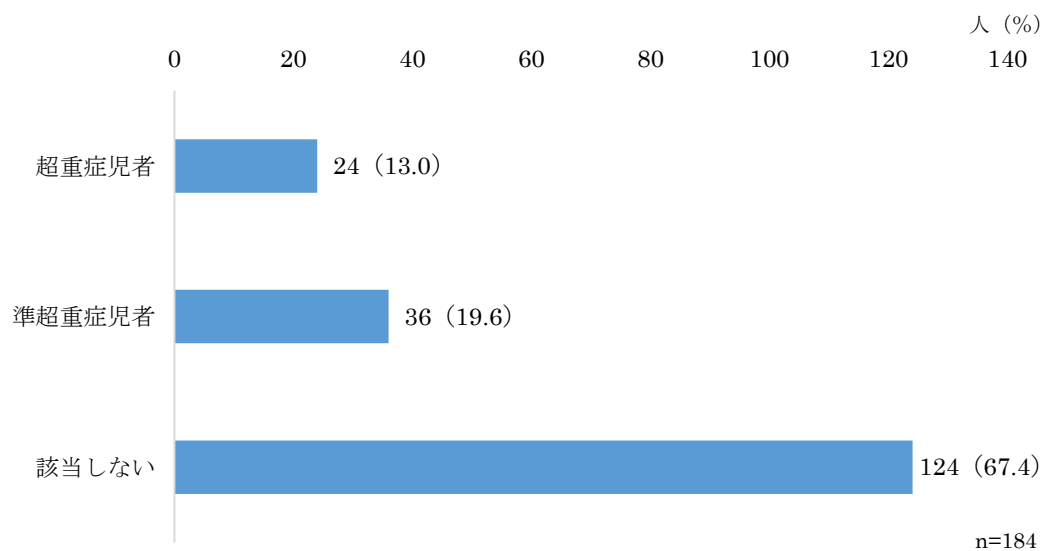
障害支援区分では、「区分 6」が 78 人（42.4%）となり、「その他」が 106 人（57.6%）となった。



図Ⅳ－５ 障害支援区分

（６）超重症児者または準超重症児者

「超重症児者」は 24 人（13.0%）、「準超重症児者」は 36 人（19.6%）、「該当しない」が 124 人（67.4%）となった。



図Ⅳ－６ 超重症児者または準超重症児者

（７）「人工呼吸器管理」の有無

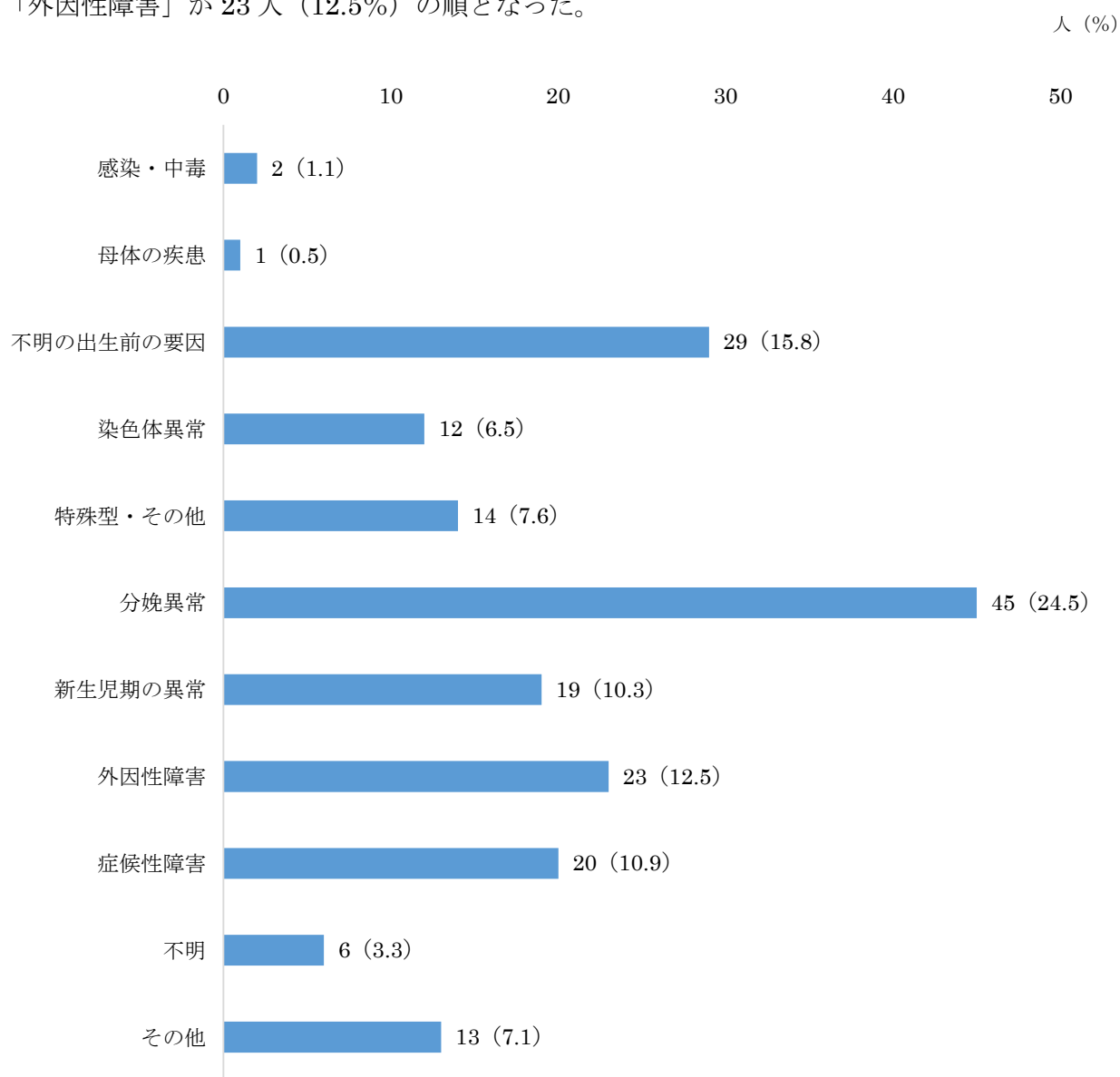
人工呼吸器管理について、「管理をしている」が 20 人（10.9%）、「管理をしていない」が 164 人（89.1%）となった。

（８）「気管切開」の有無

「気管切開」について、「気管切開をしている」が 31 人（16.8%）、「気管切開をしていない」が 153 人（83.2%）となった。

（９）主要病因

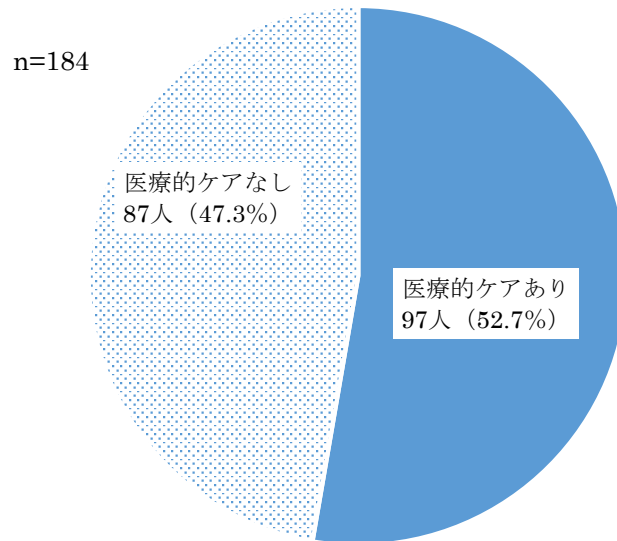
「分娩異常」が 45 人（24.5%）と最も多く、次に「不明の出生前の要因」29 人（15.8%）、「外因性障害」が 23 人（12.5%）の順となった。



図Ⅳ－7 主要病因

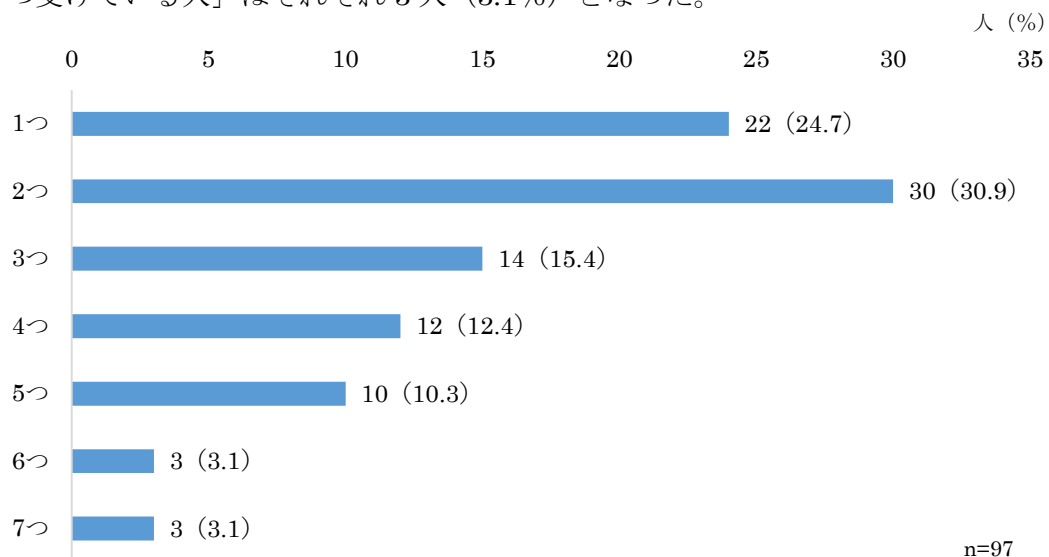
（１０）医療的ケア

「医療的ケアを受けている」が 97 人（52.7%）、「医療的ケアを受けていない」が 87 人（47.3%）となった。



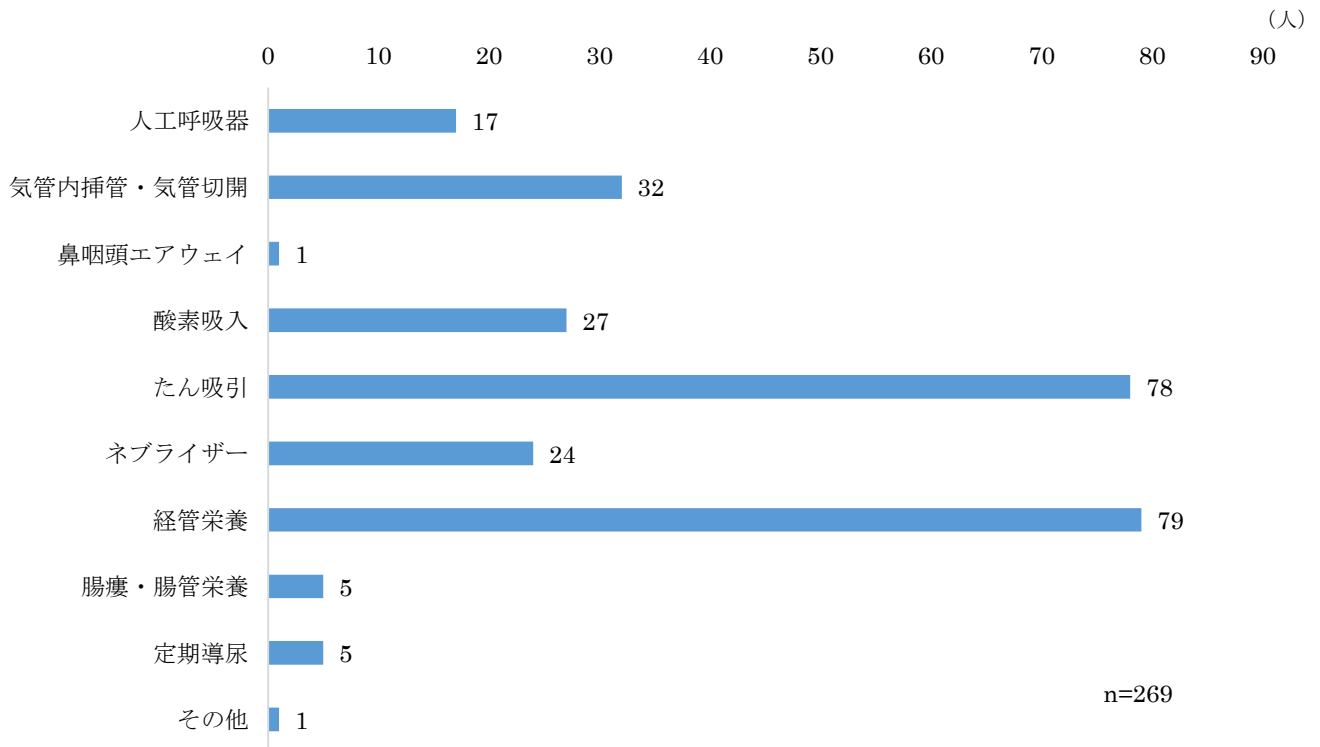
図Ⅳ－８ 医療的ケアの有無

「医療的ケアがある」97 人のうち、医療的ケアを「1 つ受けている人」は 22 人（24.7%）、「2 つ受けている人」は 30 人（30.9%）、「3 つ受けている人」は 14 人（15.4%）、「4 つ受けている人」は 12 人（12.4%）、「5 つ受けている人」は 10 人（10.3%）、「6 つ受けている人」と「7 つ受けている人」はそれぞれ 3 人（3.1%）となった。



図Ⅳ－９ 新規入所児者 1 人につき受けている医療的ケアの数

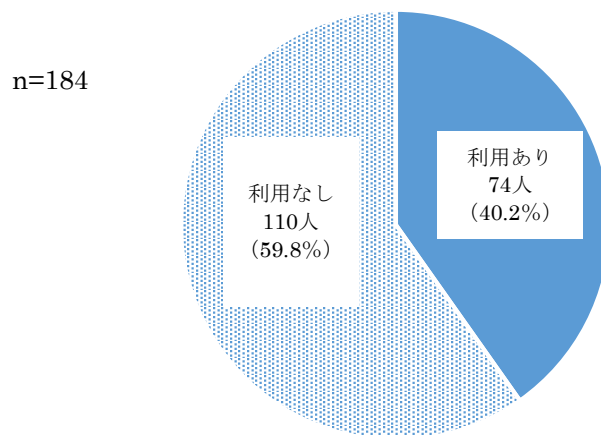
入所時点における医療的ケアについて（複数回答）、「経管栄養」が 79 人、「たん吸引」が 78 人、「気管内挿管・気管切開」が 32 人となった。



図Ⅳ－10 医療的ケアの内容

（１１）入所前に利用していたサービス事業

入所前に、自施設または自法人で実施しているサービス事業の利用について、「利用したことがある」が 74 人（40.2%）、「利用したことがない」が 110 人（59.8%）となった。

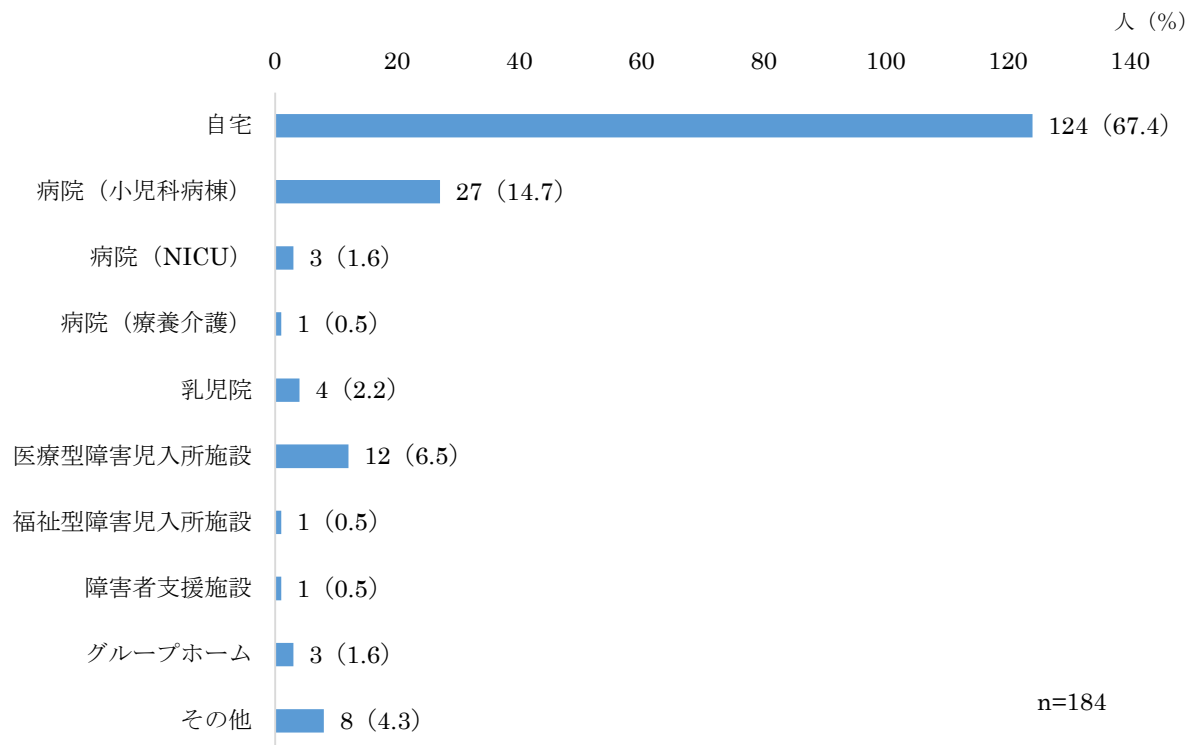


図Ⅳ－11 入所前のサービス利用の有無

「利用したことがある」人のうち、どのようなサービスを利用したかを尋ねたところ（複数回答可）、「短期入所」が 69 人と最も多く、「医療型児童発達支援」が 1 人、「その他」が 13 人となった。「その他」の記述回答では、通所事業や医療型障害児入所施設が挙げられていた。

（１２）入所前の生活の場

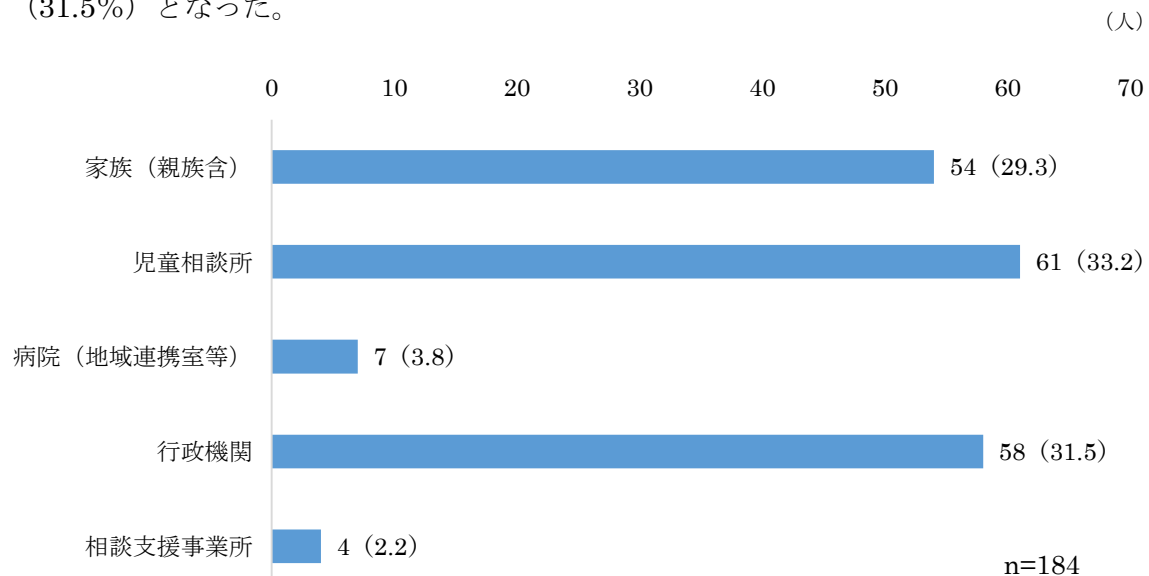
入所前の生活の場について、「自宅」が 124 人（67.4%）と最も多く、次いで、「病院（小児科病棟）」が 27 人（14.7%）、「医療型障害児入所施設」が 12 人（7.1%）となった。



図Ⅳ－12 入所前の生活の場

（１３）入所経路

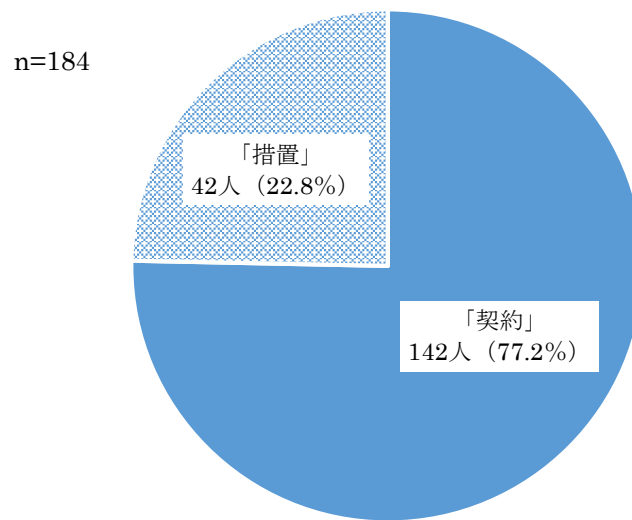
入所経路では、「児童相談所」が 61 人（33.2%）と最も多く、次いで「行政機関」が 58 人（31.5%）となった。



図Ⅳ－13 入所経路

（１４）入所形態

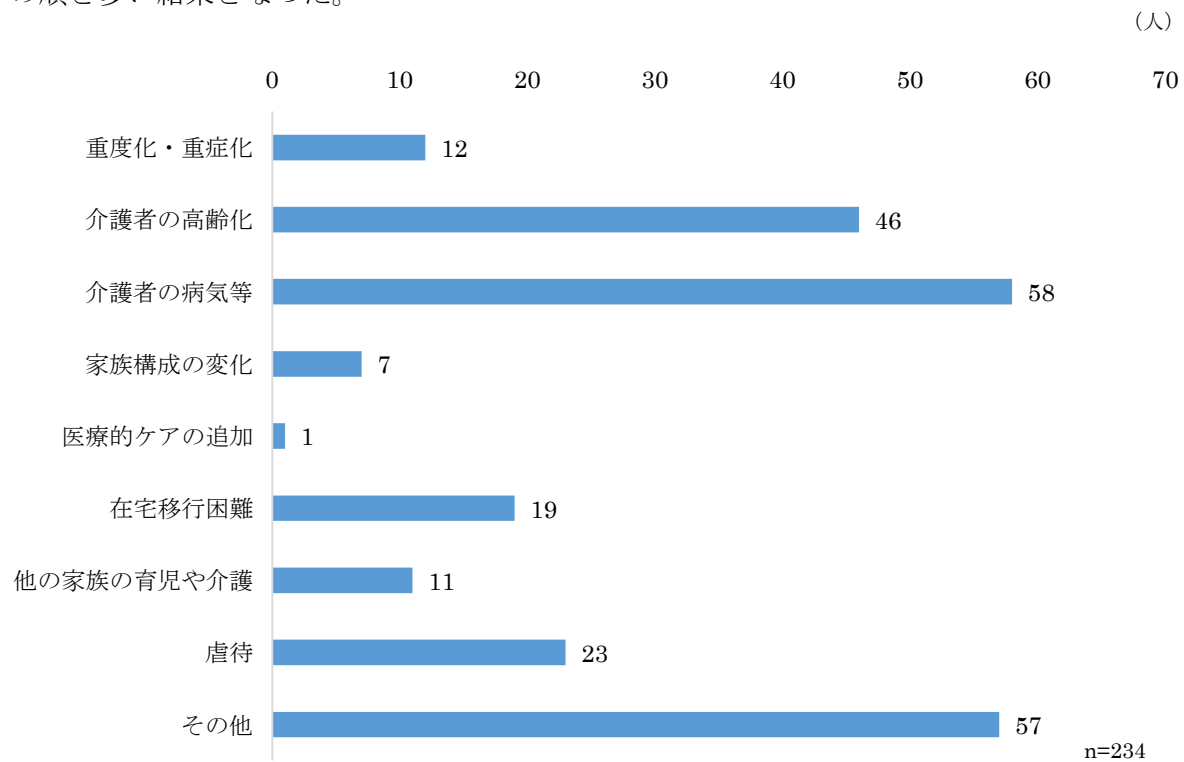
入所形態では、「契約」が 142 人（77.2%）、「措置」が 42 人（22.8%）となった。



図Ⅳ－14 入所形態

（１５）入所理由（複数回答）

入所理由では、「介護者の病気等」が 58 人、「介護者の高齢化」が 46 人、「虐待」が 23 人の順と多い結果となった。



図Ⅳ－15 入所理由

（１５）その他（自由記述）

「出産」が 22 人と最も多く、次いで「養育困難」が 13 人、「長期入所待機」が 8 人となった。その他の理由については表Ⅳ－１を参照。

表Ⅳ－１ 入所理由「その他」

入所理由「その他」	(人)
1. 母親の出産（妊娠中含む）	22
2. 養育困難	13
3. 長期入所待機	8
4. 保護者の育児能力不足	4
5. 虐待の疑い	1
6. 母の仕事の都合	1
7. 経済面での保護者の就学のため	1
8. 家庭の経済的自立を図るため	1
9. 卒後の進路として入所を希望	1
10. その他	5

（１５）－２ 入所理由と入所前の生活の場（措置入所の場合）

措置で入所した新規入所児者の入所理由と入所前の生活の場の内訳については、下記の通りとなった（表Ⅴ－１～２）。尚、入所理由は複数回答となっている。

表Ⅴ－１ 入所理由（措置）

入所理由（措置） n=55	(人)
1. 虐待	23
2. 在宅移行困難	7
3. 介護者の病気等	7
4. 家族構成の変化（離婚や死亡など）	2
5. 他の家族の育児や介護	2
6. 介護者の高齢化	1
7. その他	13

表Ⅴ－２ 入所前の生活の場（措置）

入所前の生活の場（措置） n=42	(人)
1. 自宅	16
2. 病院（小児科病棟）	16
3. 医療型障害児入所施設	6
4. 乳児院	4

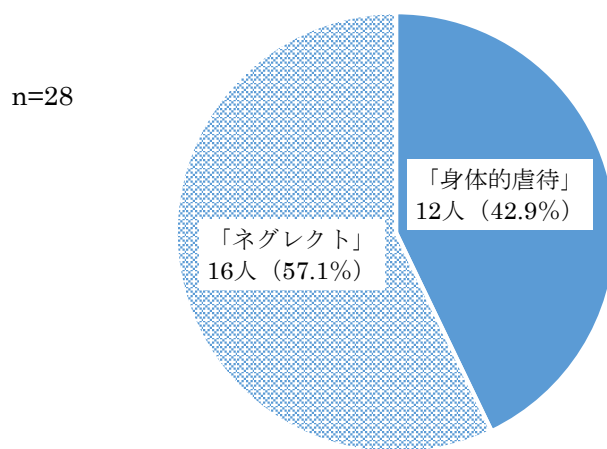
「7.その他」：養育困難（4）、育児能力不足（3）、長期入所待機（3）、虐待疑い（1）、主介護者の知的障害（1）、記述なし（1） ※（ ）内は件数

（１５）－３ 虐待内容（複数回答）

虐待の理由による入所のうち、虐待内容は、「身体的虐待」12人（42.9%）と「ネグレクト」13人（57.1%）の2種類となった。

また、「身体的虐待」と「ネグレクト」の両方を受けていたのは5人となった。その5人について性別では「男性」3人、「女性」2人、年齢では「3-5歳」が3人、「6-8歳」が1人、「15-17歳」が1人であった。生活の場では「自宅」が3人、「乳児院」が2人で、主要病因では、「外因性障害」が3人、「不明」が1人、「その他」が1人であった。

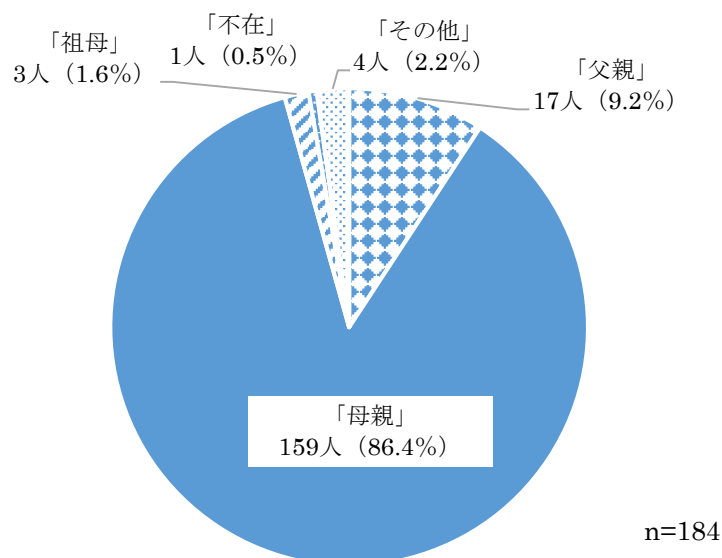
主介護者は「母親」が4人、「父親」が1人で、主介護者の年齢は「30歳代」が4人、「20歳代」が1人であった。さらに、主介護者以外の支援者では、「父親」が3人、「祖母」が1人、「父」と「祖母」が1人となった。



図Ⅳ－16 虐待内容

（１６）主介護者

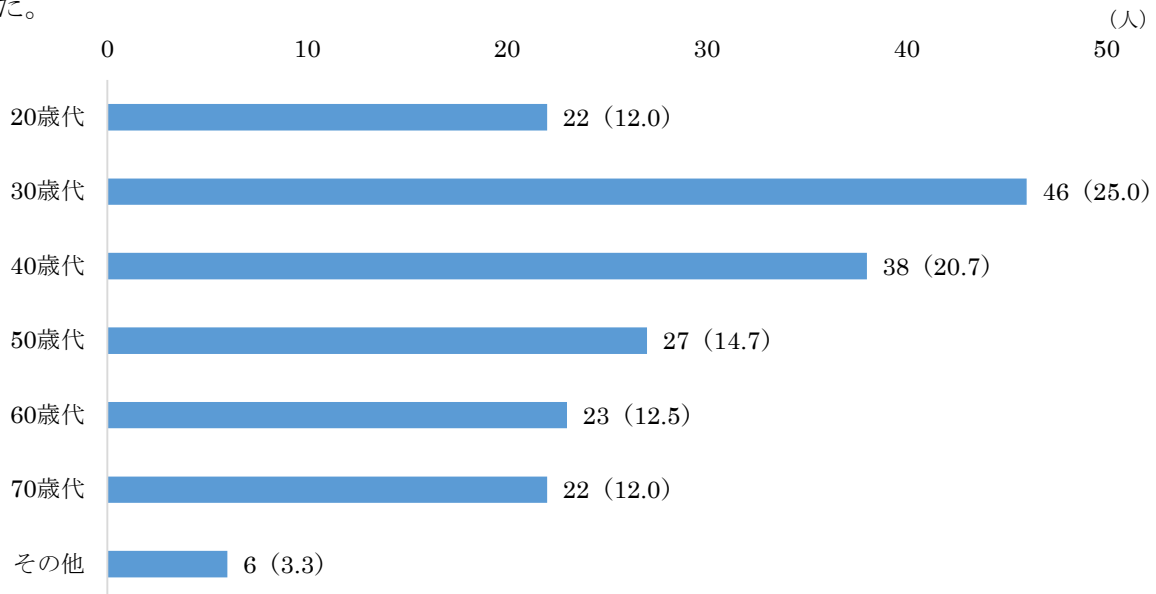
主介護者については、「母親」が159人（86.4%）と最も多かった。



図Ⅳ－17 主介護者

（１７）主介護者の年齢

主介護者の年齢では、「30 歳代」が 46 人（25.0%）、「40 歳代」が 38 人（20.7%）、「50 歳代」が 27 人（14.7%）の順となった。「その他」では、10 歳代が 1 人、80 歳代が 5 人となった。

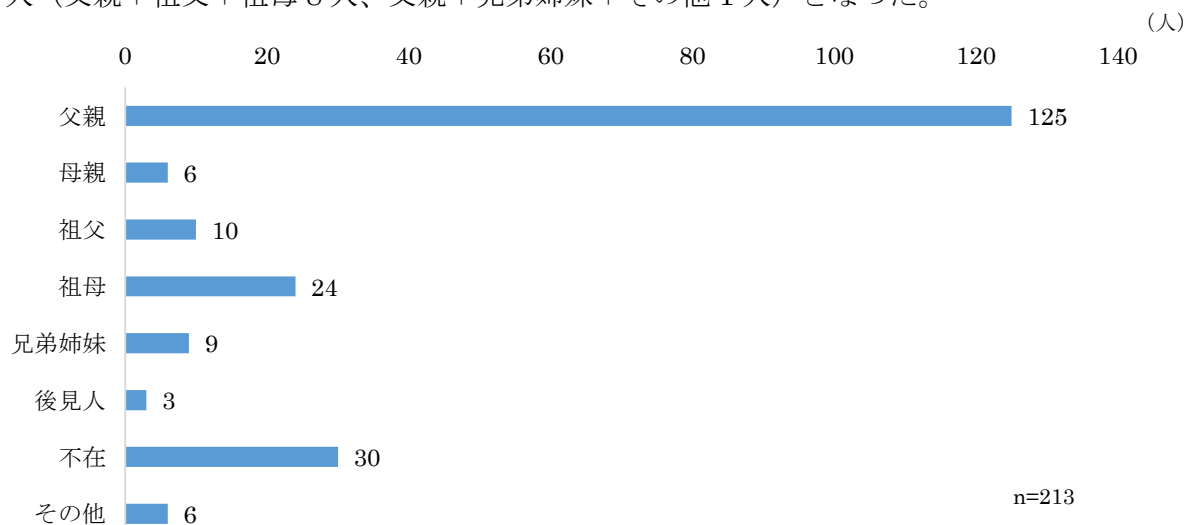


図Ⅳ－18 主介護者の年齢

（１８）主介護者以外の支援者（複数回答）

主介護者以外の支援者については、「父親」が 125 人、「不在」が 30 人、「祖母」が 24 人の順となった。「その他」では義姉、内縁の夫、叔父、叔母、グループホームスタッフ、兄弟の妻が挙げられた。

また、「主介護者以外の支援者が 2 人いる」では 11 人（父親＋祖母：7 人、母親＋祖母：1 人、父親＋兄弟姉妹：2 人、母親＋その他：1 人）、「主介護者以外の支援者が 3 人いる」では 9 人（父親＋祖父＋祖母 8 人、父親＋兄弟姉妹＋その他 1 人）となった。



図Ⅳ－19 主介護者以外の支援者

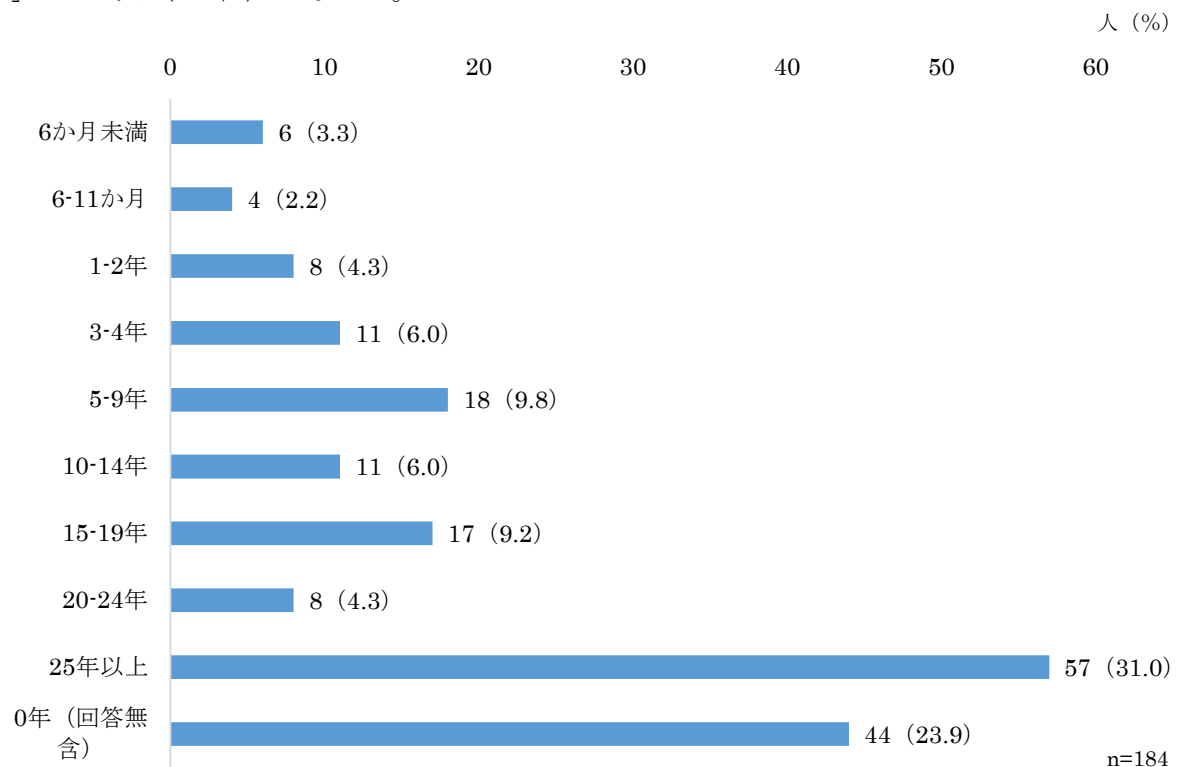
（１９）在宅期間・施設入所期間・病院入院期間

施設入所する前の在宅期間、施設入所期間、病院入院期間について尋ねた結果は、以下の通りである。

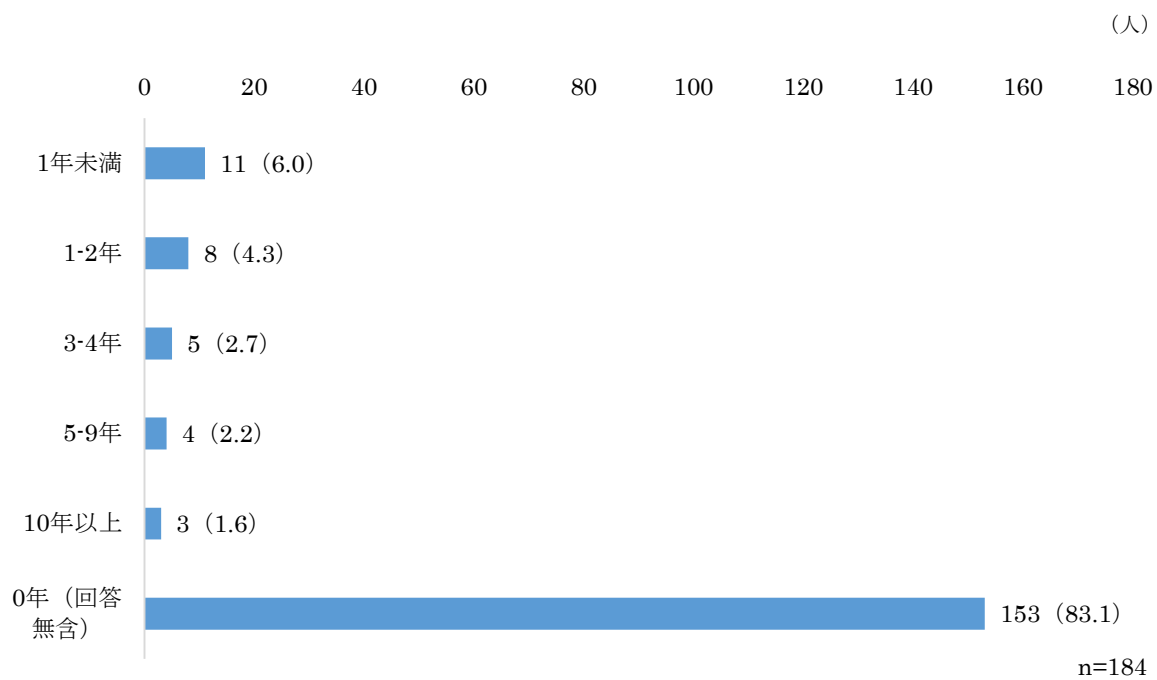
在宅期間では、「25年以上」が57人（31.0%）と最も多かった。次に、「5-9年」が18人（9.8%）、「15-19年」が17人（9.2%）、「3-4年」と「10-14年」がそれぞれ11人（6.0%）となった。

施設入所期間では、「施設入所なし」が153人（83.1%）と最も多く、「1年未満」が11人（6.0%）、「1-2年」が8人（4.3%）となった。

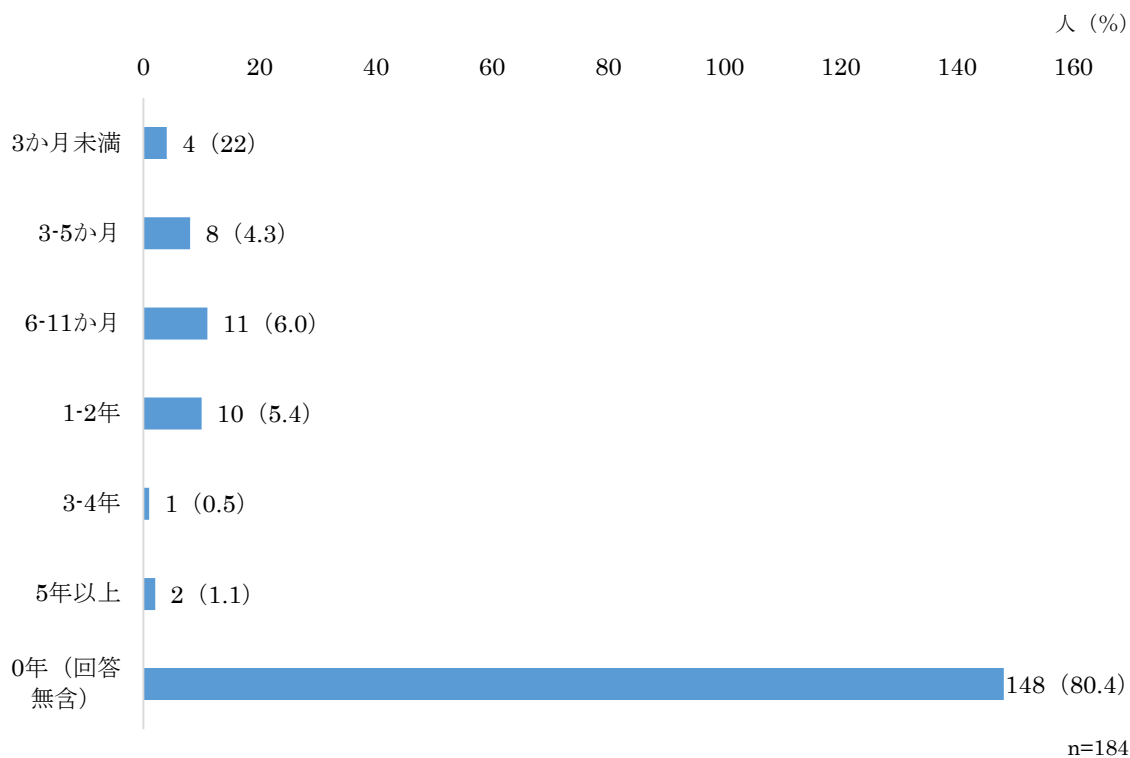
病院入院期間では、「入院なし」が148人（80.4%）で、「6-11か月」が11人（6.0%）、「1-2年」が10人（5.4%）となった。



図Ⅳ－20 在宅期間



図Ⅳ－21 施設入所期間



図Ⅳ－22 病院入院期間

V. 新規入所児者（クロス集計）

新規入所児者の年齢と主介護者および主介護者の年齢を軸に、各項目とのクロス集計の結果を示す。

1. 新規入所児者の年齢

1-1. 入所前の生活の場

「0-2 歳」を除く年齢層において「自宅」が最も割合が高かった。「0-2 歳」では「小児科病棟」が 15 人（46.9%）と最も高い割合となった。「0-8 歳」の年齢層でみると、他の年齢層に比べて「NICU」や「乳児院」、「医療型」などの病院や施設に入所している割合が高い。

表 V-1 年齢×入所前の生活の場

年齢	入所前の生活の場										人 (%)
	自宅 124 (67.4)	小児科 27 (14.7)	NICU 3 (1.6)	療養 1 (0.5)	乳児院 4 (2.2)	医療型 12 (6.5)	福祉型 1 (0.5)	障害 1 (0.5)	GH 3 (1.6)	その他 8 (4.3)	合計 184 (100.0)
0-2 歳	11 (34.4)	15 (46.9)	2 (6.3)	0 (0.0)	1 (3.1)	3 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	32 (100.0)
3-5 歳	16 (61.5)	2 (7.7)	1 (3.8)	0 (0.0)	3 (11.5)	4 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (100.0)
6-8 歳	12 (70.6)	2 (11.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (17.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (100.0)
9-11 歳	9 (81.8)	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
12-14 歳	6 (50.0)	5 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
15-17 歳	9 (100.0)	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 (0.0)	9 (100.0)
18-20 歳	6 (85.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
21-29 歳	12 (66.7)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (5.6)	3 (16.7)	18 (100.0)
30-39 歳	22 (95.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.3)	0 (0.0)	23 (100.0)
40-49 歳	14 (77.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	3 (16.7)	18 (100.0)
50-59 歳	5 (71.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	7 (100.0)
60 歳以上	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (100.0)

※小児科：小児科病棟、療養：療養介護、医療型：医療型障害児入所施設、福祉型：福祉型障害児入所施設、障害：障害者支援施設、GH：グループホーム

1－2．入所依頼経路

0～14 歳をみると、「児童相談所」からの入所依頼の割合が高い結果とり、18 歳以降については、「家族」や「行政機関」からの入所依頼の割合が高い結果となった。

表 V－2 年齢×入所依頼経路

	入所依頼経路					人 (%)
年齢	家族 54 (29.3)	児童相談所 61 (33.2)	病院 7 (3.8)	行政機関 58 (31.5)	相談支援事業所 4 (2.2)	合計 184 (100.0)
0-2 歳	2 (6.3)	21 (65.6)	1 (3.1)	8 (25.0)	0 (0.0)	32 (100.0)
3-5 歳	4 (15.4)	14 (53.8)	1 (3.8)	6 (23.1)	1 (3.8)	26 (100.0)
6-8 歳	3 (17.6)	12 (70.6)	0 (0.0)	2 (11.8)	0 (0.0)	17 (100.0)
9-11 歳	1 (9.1)	5 (45.5)	2 (18.2)	3 (27.3)	0 (0.0)	11 (100.0)
12-14 歳	3 (25.0)	7 (58.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	12 (100.0)
15-17 歳	7 (77.8)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	9 (100.0)
18-20 歳	5 (71.4)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	7 (100.0)
21-29 歳	9 (50.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	8 (44.4)	0 (0.0)	18 (100.0)
30-39 歳	13 (56.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (43.5)	0 (0.0)	23 (100.0)
40-49 歳	4 (22.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (77.8)	0 (0.0)	18 (100.0)
50-59 歳	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (71.4)	1 (14.3)	7 (100.0)
60 歳以上	2 (50.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100.0)

1－3．入所形態

「0-2 歳」については、「契約」が 17 人（53.1%）、「措置」が 15 人（46.9%）となり、「3-5 歳」では、「契約」が 17 人（65.4%）、「措置」が 9 人（34.6%）、「6-8 歳」では「契約」が 9 人（52.9%）、「措置」が 8 人（47.1%）となった。

表 V－3 年齢×入所形態

	入所形態		人 (%)
年齢	契約 142 (77.2)	措置 42 (22.8)	合計 184 (100.0)
0-2 歳	17 (53.1)	15 (46.9)	32 (100.0)
3-5 歳	17 (65.4)	9 (34.6)	26 (100.0)
6-8 歳	9 (52.9)	8 (47.1)	17 (100.0)
9-11 歳	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (100.0)
12-14 歳	7 (58.3)	5 (41.7)	12 (100.0)
15-17 歳	8 (88.9)	1 (11.1)	9 (100.0)
18-20 歳	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
21-29 歳	18 (100.0)	0 (0.0)	18 (100.0)
30-39 歳	23 (100.0)	0 (0.0)	23 (100.0)
40-49 歳	18 (100.0)	0 (0.0)	18 (100.0)
50-59 歳	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
60 歳以上	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)

1－4．入所理由（複数回答）

入所理由について、「0-2 歳」、「3-5 歳」については「虐待」による入所の割合が最も高く、21 歳以降になると、「介護者の高齢化」、「介護者の病気等」、「本人の重度化・重症化」による入所理由の割合が高い。

表 V－4 年齢×入所理由

年齢	入所理由									人 (%)
	本人の重度化・重症化 12 (5.1)	介護者の高齢化 46 (19.7)	介護者の病気等 58 (24.8)	家族構成の変化 7 (3.0)	医療的ケア追加 1 (0.4)	在宅移行困難 19 (8.1)	他の家族の育児等 11 (4.7)	虐待 23 (9.8)	その他 57 (24.4)	合計 234 (100.0)
0-2 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.0)	0 (0.0)	6 (24.0)	2 (8.0)	8 (36.4)	8 (32.0)	25 (100.0)
3-5 歳	1 (4.3)	0 (0.0)	5 (21.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (8.7)	1 (4.3)	7 (35.0)	7 (30.4)	23 (100.0)
6-8 歳	0 (0.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	3 (20.0)	7 (35.0)	20 (100.0)
9-11 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	1 (12.5)	2 (25.0)	8 (100.0)
12-14 歳	1 (10.0)	0 (0.0)	5 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
15-17 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	2 (25.0)	8 (100.0)
18-20 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	7 (100.0)
21-29 歳	2 (10.0)	8 (40.0)	6 (30.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
30-39 歳	2 (5.9)	15 (44.1)	12 (35.3)	1 (2.9)	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0.0)	2 (5.9)	34 (100.0)
40-49 歳	1 (4.8)	13 (61.9)	7 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (100.0)
50-59 歳	2 (16.7)	6 (50.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
60 歳以上	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)

1-4-2 入所前の生活の場と入所理由

入所前の生活の場と入所理由の状況については、表V-5の通りとなった。「介護者の高齢化」、「介護者の病気等」が最も多かったのが「自宅」であった。「在宅移行困難」では、入所前の生活の場として「病院」や「NIUC」、「医療型障害児入所施設」、「グループホーム」などの病院や入所施設が主であった。

表V-5 入所前の生活の場×入所理由

	入所理由（複数回答可）									人 (%)
入所前の 生活の場	本人の重度 化・重症化 12 (5.1)	介護者の 高齢化 46 (19.7)	介護者の 病気等 58 (24.8)	家族構成 の変化 7 (3.0)	医療的 ケア追加 1 (0.4)	在宅移行 困難 19 (8.1)	他の家族 の育児等 11 (4.7)	虐待 23 (9.8)	その他 57 (24.4)	合計 234 (100.0)
自宅	6 (4.1)	39 (26.5)	42 (28.6)	4 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (6.8)	8 (5.4)	38 (25.9)	147 (100.0)
病院 (小児科病棟)	1 (2.6)	1 (2.6)	7 (18.4)	2 (5.3)	0 (0.0)	7 (18.4)	1 (2.6)	9 (23.7)	10 (26.3)	38 (100.0)
病院 (NICU)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
病院 (療養介護)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
乳児院	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
医療型	1 (5.6)	0 (0.0)	3 (16.7)	1 (5.6)	0 (0.0)	6 (33.3)	0 (0.0)	3 (16.7)	4 (22.2)	18 (100.0)
福祉型	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
障害入所	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
グループホーム	0 (0.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
その他	3 (20.0)	4 (26.7)	4 (26.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (20.0)	15 (100.0)

1-4-3 その他

入所理由の「その他」の 57 人の内訳を示す。

「0-2 歳」では、「出産」が 10 人、「養育困難」が 3 人、「保護者の育児能力不足」が 2 人、「虐待疑い」が 1 人であった。

「3-5 歳」では、「出産」が 6 人、「養育困難」が 3 人、「長期入所待機」が 2 人となった。

「6-8 歳」では、「出産」、「養育困難」がそれぞれ 3 人ずつ、「保護者の育児能力不足」が 2 人、「主介護者が障害を抱えている」が 1 人となった。

「9-11 歳」では、「出産」が 2 人、「経済面での保護者の就学のため」が 1 人となった。

「12-14 歳」では、「出産」が 1 人となり、「長期入所待機」が 2 人となった。

「15-17 歳」では、「卒後の進路として入所希望」が 1 人、「住宅改修」が 1 人となった。

「18-20 歳」では、「養育困難」が 2 人、「母の仕事の都合」が 1 人となった。

「30-39 歳」では、「養育困難」が 2 人となった。

「40-49 歳」では、「長期入所待機」が 2 人となった。

表 V-6 その他の内容

	その他の内容					人
年齢	出産 22	養育困難 13	長期入所 待機 8	保護者の 育児能力不足 4	その他 10	合計 57
0-2 歳	10	3	0	2	1	16
3-5 歳	6	3	2	0	2	14
6-8 歳	3	3	0	2	1	9
9-11 歳	2	0	0	0	1	3
12-14 歳	1	0	3	0	1	5
15-17 歳	0	0	0	0	2	2
18-20 歳	0	2	0	0	1	3
21-29 歳	0	0	1	0	0	1
30-39 歳	0	2	0	0	0	2
40-49 歳	0	0	2	0	0	2

※その他：虐待疑い、転居、家庭の経済的自立、主介護者が障害を抱えている、卒後の進路として入所を希望、住宅改修のため、母の仕事の都合、経済面での保護者の就学のため

1－5．主要病因

主要病因については、年齢による有意差はなかった。

表Ⅴ－7 年齢×主要病因

	主要病因											人 (%)
年齢	感染・ 中毒 2 (1.1)	母体の 疾患 1 (0.5)	不明の 出生前 の要因 29 (15.8)	染色体 異常 12 (6.5)	特殊型 その他 14 (7.6)	分娩異常 45 (24.5)	新生児の 異常 19 (10.3)	外因性 障害 23 (12.5)	症候性 障害 20 (10.9)	不明 6 (3.3)	その他 13 (7.1)	合計 184 (100.0)
0-2 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (12.5)	2 (6.3)	2 (6.3)	7 (21.9)	5 (15.6)	8 (25.0)	1 (3.1)	1 (3.1)	2 (6.3)	32 (100.0)
3-5 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (11.5)	2 (7.7)	0 (0.0)	9 (34.6)	3 (11.5)	5 (19.2)	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (7.7)	26 (100.0)
6-8 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (23.5)	2 (11.8)	3 (17.6)	2 (11.8)	0 (0.0)	1 (5.9)	2 (11.8)	2 (11.8)	1 (5.9)	17 (100.0)
9-11 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (9.1)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	1 (9.1)	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
12-14 歳	1 (8.3)	1 (8.3)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	1 (8.3)	12 (100.0)
15-17 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (33.3)	0 (0.0)	1 (11.1)	1 (11.1)	3 (33.3)	0 (0.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (100.0)
18-20 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	7 (100.0)
21-29 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (11.1)	2 (11.1)	3 (16.7)	6 (33.3)	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (11.1)	0 (0.0)	1 (5.6)	18 (100.0)
30-39 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (17.4)	2 (8.7)	2 (8.7)	6 (26.1)	1 (4.3)	1 (4.3)	4 (17.4)	0 (0.0)	3 (13.0)	23 (100.0)
40-49 歳	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (5.6)	1 (5.6)	0 (0.0)	4 (22.2)	2 (11.1)	3 (16.7)	5 (27.8)	1 (5.6)	0 (0.0)	18 (100.0)
50-59 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)	1 (14.3)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	7 (100.0)
60 歳 以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (100.0)

1－6．医療的ケア（複数回答）

「0-2 歳」が 92 人、「3-5 歳」が 53 人、「21-29 歳」が 25 人、「12-14 歳」が 22 人の順に多い結果となった。乳幼児の方が、医療的ケアを受けている割合が高いことが明らかとなった。

表 V－8 年齢×医療的ケア

	医療的ケア（複数回答）										人 (%)
年齢	人工 呼吸器 17 (6.3)	気管内挿管 気管切開 32 (11.9)	鼻咽頭 エアウェイ 1 (0.5)	酸素 吸入 27 (10.0)	たん 吸引 78 (29.0)	ネブライザー 14 (8.9)	経管 栄養 79 (29.4)	腸瘻・ 腸管 栄養 5 (1.9)	定期 導尿 5 (1.9)	その他 1 (0.5)	合計 269 (100.0)
0-2 歳	8 (8.7)	12 (13.0)	1 (3.1)	12 (13.0)	23 (25.0)	6 (6.5)	25 (27.2)	1 (1.1)	4 (4.3)	0 (0.0)	92 (100.0)
3-5 歳	5 (9.4)	9 (17.0)	0 (0.0)	3 (5.7)	15 (28.3)	8 (15.1)	12 (22.6)	0 (0.0)	1 (1.9)	0 (0.0)	53 (100.0)
6-8 歳	2 (10.5)	2 (10.5)	0 (0.0)	1 (5.3)	5 (26.3)	0 (0.0)	6 (31.6)	2 (10.5)	0 (0.0)	1 (5.9)	19 (100.0)
9-11 歳	0 (0.0)	3 (18.8)	0 (0.0)	2 (12.5)	4 (25.0)	3 (18.8)	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (100.0)
12-14 歳	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	4 (18.2)	6 (27.3)	5 (22.7)	6 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	22 (100.0)
15-17 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
18-20 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
21-29 歳	0 (0.0)	2 (8.0)	0 (0.0)	3 (12.0)	9 (36.0)	0 (0.0)	9 (36.0)	2 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (100.0)
30-39 歳	1 (7.1)	1 (7.1)	0 (0.0)	1 (7.1)	6 (42.9)	0 (0.0)	5 (35.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
40-49 歳	1 (7.1)	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (42.9)	0 (0.0)	6 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
50-59 歳	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
60 歳 以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)

1-7. 主介護者

どの年齢層においても、主介護者は「母親」が最も多い結果となった。

表V-9 年齢×主介護者

	主介護者					人 (%)
年齢	父親 17 (9.2)	母親 159 (86.4)	祖母 3 (1.6)	その他 4 (2.2)	不在 1 (0.5)	合計 184 (100.0)
0-2 歳	3 (9.4)	29 (90.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	32 (100.0)
3-5 歳	2 (7.7)	23 (88.5)	1 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (100.0)
6-8 歳	0 (0.0)	15 (88.2)	2 (11.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (100.0)
9-11 歳	1 (9.1)	8 (72.7)	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (9.1)	11 (100.0)
12-14 歳	2 (16.7)	10 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
15-17 歳	0 (0.0)	9 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (100.0)
18-20 歳	1 (14.3)	6 (85.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
21-29 歳	2 (11.1)	16 (88.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (100.0)
30-39 歳	1 (4.3)	22 (95.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (100.0)
40-49 歳	4 (22.2)	14 (77.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (100.0)
50-59 歳	0 (0.0)	6 (85.7)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	7 (100.0)
60 歳以上	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	4 (100.0)

1－8．主介護者の年齢

新規入所児者の年齢が0～8歳までは、主介護者の年齢が「20歳代」、「30歳代」の割合が高く、新規入所児者が21歳以降では、主介護者の年齢が「50歳代」、「60歳代」、「70歳代」の割合が高くなっている

表V－10 主介護者の年齢

	主介護年齢							人 (%)
年齢	20歳代 22 (12.0)	30歳代 46 (25.0)	40歳代 38 (20.7)	50歳代 27 (14.7)	60歳代 23 (12.5)	70歳代 22 (12.0)	その他 6 (3.3)	合計 184 (100.0)
0-2歳	13 (40.6)	16 (50.0)	3 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	32 (100.0)
3-5歳	5 (19.2)	15 (57.7)	4 (15.4)	2 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (100.0)
6-8歳	3 (17.6)	8 (47.1)	4 (23.5)	0 (0.0)	1 (5.9)	1 (5.9)	0 (0.0)	17 (100.0)
9-11歳	1 (9.1)	2 (18.2)	7 (63.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	11 (100.0)
12-14歳	0 (0.0)	1 (11.1)	8 (88.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (100.0)
15-17歳	0 (0.0)	1 (11.1)	8 (88.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (100.0)
18-20歳	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	4 (57.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
21-29歳	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (11.1)	12 (66.7)	3 (16.7)	1 (5.6)	0 (0.0)	18 (100.0)
30-39歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (21.7)	13 (56.5)	5 (21.7)	0 (0.0)	23 (100.0)
40-49歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (33.3)	10 (55.6)	2 (11.1)	18 (100.0)
50-59歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	5 (71.4)	1 (14.3)	7 (100.0)
60歳以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	4 (100.0)

2. 主介護者の年齢および主介護者

2-1. 主要病因

20歳代では「外因性障害」が6人(27.3%)と最も多く、次いで「特殊型・その他」、「分娩異常」がそれぞれ4人(18.2%)となった。

30歳代では「分娩異常」が10人(21.7%)と最も多く、次いで「外因性障害」が7人(15.2%)となった。

40歳代では「不明の出生前の要因」が11人(28.9%)と最も多く、次いで「分娩異常」が10人(26.3%)となった。

50歳代では「分娩異常」が7人(25.9%)と最も多く、次いで「特殊型・その他」が5人(16.7%)となった。

60歳代では「分娩異常」が8人(34.8%)と最も多く、次いで「不明の出生前の要因」と「新生児期の異常」がそれぞれ3人(13.0%)となった。

70歳代では「症候性障害」が6人(27.3%)と最も多く、次いで「分娩異常」が5人(22.7%)となった。

その他では「外因性障害」が3人(50.0%)と最も多かった。

表V-11 主介護者の年齢×主要病因

主介護者の 年齢	主要病因											人 (%)
	感染・ 中毒 2 (1.1)	母体の 疾患 1 (0.5)	不明の 出生前 の要因 29 (15.8)	染色体 異常 12 (6.5)	特殊型 その他 14 (7.6)	分娩 異常 45 (24.5)	新生児の 異常 19 (10.3)	外因性 障害 23 (12.5)	症候性 障害 20 (10.9)	不明 6 (3.3)	その他 13 (7.1)	
20歳代	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (13.6)	1 (4.5)	4 (18.2)	4 (18.2)	3 (13.6)	6 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	22 (100.0)
30歳代	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (13.0)	5 (10.9)	2 (4.3)	10 (21.7)	6 (13.0)	7 (15.2)	3 (6.5)	3 (6.5)	4 (8.7)	46 (100.0)
40歳代	1 (2.6)	1 (2.6)	11 (28.9)	1 (2.6)	2 (5.3)	10 (26.3)	5 (13.2)	1 (2.6)	4 (10.5)	1 (2.6)	1 (2.6)	38 (100.0)
50歳代	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (11.1)	2 (7.4)	5 (18.5)	7 (25.9)	1 (3.7)	1 (3.7)	3 (11.1)	1 (3.7)	4 (14.8)	27 (100.0)
60歳代	1 (4.3)	0 (0.0)	3 (13.0)	2 (8.7)	1 (4.3)	8 (34.8)	3 (13.0)	1 (4.3)	2 (8.7)	0 (0.0)	2 (8.7)	23 (100.0)
70歳代	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (13.6)	1 (4.5)	0 (0.0)	5 (22.7)	1 (4.5)	4 (18.2)	6 (27.3)	1 (4.5)	1 (4.5)	22 (100.0)
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)

2-2. 主介護者

主介護者と主介護者の年齢について有意差はなかった。

表V-12 主介護者×主介護者の年齢

主介護者	主介護の年齢							人 (%)
	20 歳代 22 (12.0)	30 歳代 46 (25.0)	40 歳代 38 (20.7)	50 歳代 27 (14.7)	60 歳代 23 (12.5)	70 歳代 22 (12.0)	その他 6 (3.3)	合計 184 (100.0)
父親	2 (11.8)	2 (11.8)	3 (17.6)	3 (17.6)	2 (11.8)	2 (11.8)	3 (17.6)	17 (100.0)
母親	19 (11.9)	44 (27.7)	35 (22.0)	20 (12.6)	20 (12.6)	19 (11.9)	2 (1.3)	159 (100.0)
祖母	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	3 (100.0)
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
不在	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)

2-3. 入所前の生活の場

主介護者が父親の場合、新規入所児者の入所前の生活の場として「自宅」が4人(23.5%)、「小児科」と「医療型」がそれぞれ3人(17.6%)となった。母親では「自宅」が117人(73.6%)と最も高い割合となり、祖母では「小児科」が2人(66.7%)となった。

表V-13 主介護者×入所前の生活の場（新規入所児者）

主介護者	入所前の生活の場（新規入所児者）										人 (%)
	自宅 124 (67.4)	小児科 27 (14.7)	NICU 3 (1.6)	療養 1 (0.5)	乳児院 4 (2.2)	医療型 12 (6.5)	福祉型 1 (0.5)	障害 1 (0.5)	GH 3 (1.6)	その他 8 (4.3)	合計 184 (100.0)
父親	4 (23.5)	3 (17.6)	1 (5.9)	0 (0.0)	1 (5.9)	3 (17.6)	1 (5.9)	0 (0.0)	1 (5.9)	3 (17.6)	17 (100.0)
母親	117 (73.6)	21 (13.2)	2 (1.3)	0 (0.0)	3 (1.9)	9 (5.7)	0 (0.0)	1 (0.6)	2 (1.3)	4 (2.5)	159 (100.0)
祖母	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
その他	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
不在	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)

※小児科：小児科病棟、療養：療養介護、医療型：医療型障害児入所施設、福祉型：福祉型障害児入所施設、障害：障害者支援施設、GH：グループホーム

3. 入所理由（虐待）

近年、児童虐待の増加傾向が著しい。それに伴い。一時保護や施設入所に至るケースもある。そこで、本項では、過去 5 年間（平成 27 年から令和 2 年）で、重症児者施設に虐待を理由に入所した 23 ケースに焦点をあて、その傾向と今後の対応、課題について述べていきたい。

3-1. 新規入所児者の年齢

虐待を理由に入所した 23 ケースのうち、「0-2 歳」が 8 人（34.8%）、「3-5 歳」が 7 人（30.4%）、「6-8 歳」が 3 人（13.0%）、「9-11 歳」と「15-17 歳」がそれぞれ 1 人（4.3%）ずつとなった。0-5 歳における乳幼児の入所が 6 割強を占めている。

表 V-14 新規入所児者の年齢

年齢	虐待		合計 n=184 (100.0)
	あり n=23 (100.0)	なし n=161 (100.0)	
0-2 歳	8 (34.8)	24 (14.9)	32 (17.4)
3-5 歳	7 (30.4)	19 (11.8)	20 (14.1)
6-8 歳	3 (13.0)	14 (8.7)	17 (9.2)
9-11 歳	1 (4.3)	10 (6.2)	11 (6.0)
12-14 歳	3 (13.0)	9 (5.6)	12 (6.5)
15-17 歳	1 (4.3)	8 (5.0)	9 (4.9)
18-20 歳	0 (0.0)	7 (4.3)	7 (3.8)
21-29 歳	0 (0.0)	18 (11.2)	18 (9.8)
30-39 歳	0 (0.0)	23 (14.3)	23 (12.5)
40-49 歳	0 (0.0)	18 (11.2)	18 (9.8)
50-59 歳	0 (0.0)	7 (4.3)	7 (3.8)
60 歳以上	0 (0.0)	4 (2.5)	4 (2.2)

3-2. 入所前の生活の場

入所前の生活の場については、「病院（小児科病棟）」が 9 人（39.1%）で最も多く、次に「自宅」が 8 人（34.8%）となり、「乳児院」と「医療型障害児入所施設」が 3 人（13.0%）ずつとなった。

表 V-15 入所前の生活の場

入所前の生活の場	虐待		人（%）
	あり n=23（100.0）	なし n=161（100.0）	合計 n=184（100.0）
自宅	8（34.8）	116（72.0）	124（67.4）
病院（小児科病棟）	9（39.1）	18（11.2）	27（14.7）
病院（NICU）	0（0.0）	3（1.9）	3（1.6）
病院（療養介護）	0（0.0）	1（0.6）	1（0.5）
乳児院	3（13.0）	1（0.6）	4（2.2）
医療型	3（13.0）	9（5.6）	12（6.5）
福祉型	0（0.0）	1（0.6）	1（0.5）
障害入所	0（0.0）	1（0.6）	1（0.5）
グループホーム	0（0.0）	3（1.9）	3（1.6）
その他	0（0.0）	8（5.0）	8（4.3）

※医療型：医療型障害児入所施設、福祉型：福祉型障害児入所施設、障害入所：障害者支援施設

3-3. 主要病因

主要病因については、全体で「外因性障害」が 8 人（34.8%）と最も多い結果となった。次いで「分娩異常」が 4 人（17.4%）、「母体の疾患」と「染色体異常」がそれぞれ 3 人（13.0%）となった。

表 V-16 主要病因

年齢	主要病因								人 (%)
	母体の 疾患 3 (13.0)	染色体 異常 3 (13.0)	特殊型・ その他 1 (4.3)	分娩 異常 4 (17.4)	新生児期 の異常 1 (4.3)	外因性 障害 8 (34.8)	不明 1 (4.3)	その他 2 (8.7)	合計 23 (100.0)
0-2 歳	0 (0.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (50.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	8 (100.0)
3-5 歳	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	3 (42.9)	0 (0.0)	1 (14.3)	7 (100.0)
6-8 歳	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
9-11 歳	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
12-14 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
15-17 歳	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)

3-4. 主介護者

主介護者については、「母親」が 20 人（87.0%）と圧倒的に多かった。

表 V-17 主介護者

主介護者	虐待		人 (%)
	あり n=23 (100.0)	なし n=161 (100.0)	合計 n=184 (100.0)
父親	1 (4.3)	16 (9.9)	17 (9.2)
母親	20 (87.0)	139 (86.3)	159 (86.4)
祖母	1 (4.3)	2 (1.2)	3 (1.6)
不在	1 (4.3)	0 (0.0)	1 (0.5)
その他	0 (0.0)	4 (2.5)	4 (2.2)

3-5. 主介護者の年齢

主介護者の年齢について、「20 歳代」が 9 人（39.1%）、「30 歳代」が 10 人（43.5%）、「40 歳代」が 3 人（13.0%）、「50 歳代」が 1 人（4.3%）となった。

表 V-18 主介護者の年齢

主介護者の 年齢	虐待		人（%）
	あり n=23（100.0）	なし n=161（100.0）	
20 歳代	9（39.1）	13（8.1）	22（12.0）
30 歳代	10（43.5）	36（22.4）	46（25.0）
40 歳代	3（13.0）	35（21.7）	38（20.7）
50 歳代	1（4.3）	26（16.1）	27（14.7）
60 歳代	0（0.0）	23（14.3）	23（12.5）
70 歳代	0（0.0）	22（13.7）	22（12.0）
その他	0（0.0）	6（3.7）	6（3.3）

3-6. 主介護者の年齢×主要病因

虐待による入所の 23 人のうち、主介護者の年齢と新規入所児の主要病因との関連についてみると、主介護者の年齢が「30 歳代」が 10 人と最も多かった。

また、「20 歳代」では、「外因性障害」が 5 人（55.6%）となり、年齢の中で最も多い結果となった。

表 V-19 主介護者の年齢×主要病因

主介護者 の年齢	主要病因								人 （%）
	母体の 疾患 3 (13.0)	染色体 異常 3 (13.0)	特殊型・ その他 1 (4.3)	分娩 異常 4 (17.4)	新生児期 の異常 1 (4.3)	外因性 障害 8 (34.8)	不明 1 (4.3)	その他 2 (8.7)	
20 歳代	0 (0.0)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (11.1)	5 (55.6)	0 (0.0)	1 (11.1)	9 (100.0)
30 歳代	1 (10.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	3 (30.0)	0 (0.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
40 歳代	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
50 歳代	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)

3－7．入所依頼経路

入所依頼経路について、「児童相談所」が22人（95.7%）、「病院」が1人（4.3%）となった。

表V－20 入所依頼経路

入所依頼経路	虐待		人（%）
	あり n=23（100.0）	なし n=161（100.0）	合計 n=184（100.0）
家族	0（0.0）	54（33.5）	54（29.3）
児童相談所	22（95.7）	39（24.2）	61（33.2）
病院	1（4.3）	6（3.7）	7（3.8）
行政機関	0（0.0）	58（36.0）	58（31.5）
相談支援事業所	0（0.0）	4（2.5）	4（2.2）

3－8．入所形態

入所形態については、23人全てにおいて「措置」での入所となった。虐待以外の入所の場合においても、「措置」での入所が19人（11.8%）となった。

表V－21 入所形態

入所形態	虐待		人（%）
	あり n=23（100.0）	なし n=161（100.0）	合計 n=184（100.0）
契約	0（0.0）	142（88.2）	142（77.2）
措置	23（100.0）	19（11.8）	42（22.8）

4. 入所前の生活の場

本項では、入所前の生活の場を軸に、小児科病棟、NICU、乳児院、医療型障害児入所施設（以下、医療型障害児）の病院や入所施設に焦点をあて分析をすることとした。

4-1. 性別

4つの施設ではいずれも「男性」が多かったが、男女の相関はみられなかった。

表V-22 性別

	性別		人 (%)
	男性 n=25 (54.3)	女性 n=21 (45.7)	合計 46 (100.0)
入所前の生活の場			
小児科病棟	13 (48.1)	14 (51.9)	27 (100.0)
NICU	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)
乳児院	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
医療型障害児	7 (58.3)	5 (41.7)	12 (100.0)

4-2. 年齢

「小児科病棟」と「NICU」では「0-2歳」が最も多かった。乳児院では「3-5歳」が最も多かった。

表V-23 年齢

	年齢							人 (%)
	0-2歳 n=21 (45.7)	3-5歳 n=10 (21.7)	6-8歳 n=5 (10.9)	9-11歳 n=2 (4.3)	12-14歳 n=6 (13.0)	18-20歳 n=1 (2.2)	24-26歳 n=1 (2.2)	合計 n=46 (100.0)
入所前の生活の場								
小児科病棟	15 (55.6)	2 (7.4)	2 (7.4)	2 (7.4)	5 (18.5)	0 (0.0)	1 (3.7)	27 (100.0)
NICU	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
医療型障害児	3 (25.0)	4 (33.3)	3 (25.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	12 (100.0)

4－3．障害支援区分

障害支援区分では、18歳未満の児童が多いことから、「その他」が多い結果となった。

表V－24 障害支援区分

	障害支援区分		人 (%)
入所前の生活の場	区分 6 n=2 (4.3)	その他 n=44 (95.7)	合計 n=46 (100.0)
小児科病棟	1 (3.7)	26 (96.3)	27 (100.0)
NICU	0 (0.0)	3 (100.0)	3 (100.0)
乳児院	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100.0)
医療型障害児	1 (8.3)	11 (91.7)	12 (100.0)

4－4．大島分類

大島分類では、「1群」が圧倒的に多かった。

表V－25 大島分類

	大島分類					人 (%)
入所前の生活の場	1群 n=41 (89.1)	2群 n=1 (2.2)	3群 n=1 (2.2)	4群 n=1 (2.2)	5群 n=2 (4.3)	合計 n=46 (100.0)
小児科病棟	25 (92.6)	0 (0.0)	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (3.7)	27 (100.0)
NICU	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	2 (50.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
医療型障害児	11 (91.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	12 (100.0)

4－5．超重症児者と準超重症児者

超重症児者と準超重症児者では、「該当しない」割合が高かった。

表Ⅴ－26 超重症児者と準超重症児者

	超重症児者と準超重症児者			人 (%)
入所前の生活の場	超重症児者 n=10 (21.7)	準超重症児者 n=17 (37.0)	該当しない n=19 (41.3)	合計 n=46 (100.0)
小児科病棟	6 (22.2)	12 (44.4)	9 (33.3)	27 (100.0)
NICU	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100.0)
医療型障害児	2 (16.7)	4 (33.3)	6 (50.0)	12 (100.0)

4－6．医療的ケア（複数回答可）

医療的ケアでは、「経管栄養」が最も多く、次いで「たん吸引」の割合が高った。

表Ⅴ－27 医療的ケア

	医療的ケア									人 (%)
入所前の生活の場	人工呼吸器 n=6 (5.0)	気管内挿管・ 気管切開 n=17 (14.0)	酸素吸入 n=15 (12.4)	たん吸引 n=30 (24.8)	ネブライザー n=14 (11.6)	経管栄養 n=32 (26.4)	腸瘻・ 腸管栄養 n=4 (3.3)	定期導尿 n=2 (1.7)	その他 n=1 (0.8)	合計 n=121 (100.0)
小児科病棟	3 (3.8)	11 (13.8)	11 (13.8)	21 (26.3)	9 (11.3)	21 (26.3)	2 (2.5)	1 (1.3)	1 (1.3)	80 (100.0)
NICU	2 (12.5)	3 (18.8)	2 (12.5)	3 (18.8)	2 (12.5)	3 (18.8)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)	16 (100.0)
乳児院	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
医療型障害児	1 (4.2)	3 (12.5)	2 (8.3)	6 (25.0)	3 (12.5)	7 (29.2)	2 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	24 (100.0)

4－7．入所経路

入所経路では、「児童相談所」からの依頼が最も割合が高かった。

表 V－28 入所経路

	入所経路				人 (%)
入所前の生活の場	家族 n=1 (2.2)	児童相談所 n=34 (73.9)	病院 n=6 (13.0)	行政機関 n=5 (10.9)	合計 n=36 (100.0)
小児科病棟	0 (0.0)	19 (70.4)	4 (14.8)	4 (14.8)	27 (100.0)
NICU	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
医療型障害児	1 (8.3)	10 (83.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	12 (100.0)

4－8．入所形態

入所形態については、「乳児院」や「小児科病棟」では「措置」が多かった。

表 V－29 入所形態

	入所形態		人 (%)
入所前の生活の場	契約 n=20 (43.5)	措置 n=26 (56.5)	合計 46 (100.0)
小児科病棟	11 (40.7)	16 (59.3)	27 (100.0)
NICU	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100.0)
医療型障害児	6 (50.0)	6 (50.0)	12 (100.0)

4－9．入所理由（複数回答可）

入所理由では、小児科病棟では「介護者等の病気」、「在宅移行困難」、「虐待」、NICU では「在宅移行困難」、乳児院では「虐待」、「医療型障害児」では「在宅移行困難」や「その他」の理由が高い割合となった。

表 V－30 入所理由

	入所理由								人 (%)
入所前の生活の場	本人の重度化・重症化 n=2 (3.1)	介護者の高齢化 n=1 (1.6)	介護者の病気等 n=10 (15.6)	家族構成の変化 n=3 (4.7)	在宅移行困難 n=16 (25.0)	他の家族の育児等 n=1 (1.6)	虐待 n=15 (23.4)	その他 n=16 (25.0)	合計 n=64 (100.0)
小児科病棟	1 (2.6)	1 (2.6)	7 (18.4)	2 (5.3)	7 (18.4)	1 (2.6)	9 (23.7)	10 (26.3)	38 (100.0)
NICU	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
医療型障害児	1 (5.3)	0 (0.0)	3 (15.8)	1 (5.3)	6 (31.6)	0 (0.0)	3 (15.8)	5 (26.3)	19 (100.0)

4－10．主介護者

主介護者は「母親」の割合が最も高かった。

表 V－31 主介護者

	主介護者				人 (%)
入所前の生活の場	父親 n=8 (17.4)	母親 n=35 (76.1)	祖母 n=2 (4.3)	不在 n=1 (2.2)	合計 n=46 (100.0)
小児科病棟	3 (11.1)	21 (77.8)	2 (7.4)	1 (3.7)	27 (100.0)
NICU	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
医療型障害児	3 (25.0)	9 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)

4－11．主介護者の年齢

主介護者の年齢では、20 歳代もしくは 30 歳代の割合が高かった。

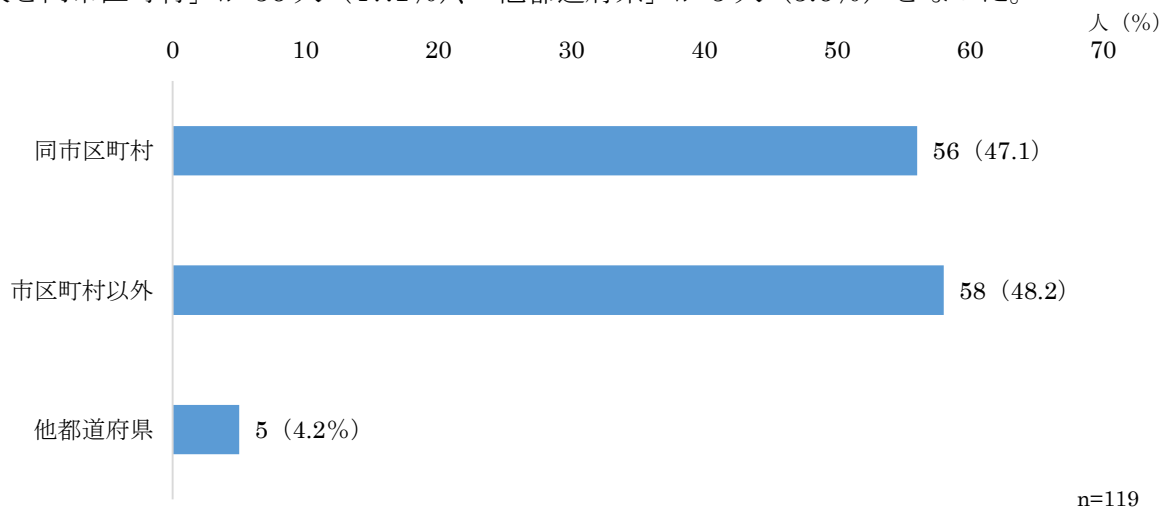
表 V－32 主介護者の年齢

	主介護者の年齢					人 (%)
入所前の生活の場	20 歳代 n=16 (34.8)	30 歳代 n=17 (37.0)	40 歳代 n=7 (15.2)	50 歳代 n=5 (10.9)	その他 n=1 (2.2)	合計 n=46 (100.0)
小児科病棟	9 (33.3)	10 (37.0)	4 (14.8)	3 (11.1)	1 (3.7)	27 (100.0)
NICU	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
乳児院	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
医療型障害児	3 (25.0)	4 (33.3)	3 (25.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	12 (100.0)

VI. 退所児者（基本集計）

（１）出身地

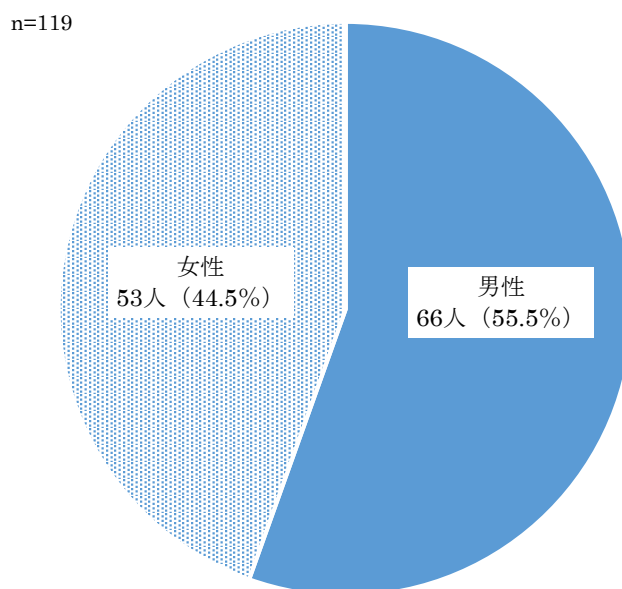
退所児者の出身地について、「自施設が所在する市区町村以外」が 58 人（48.2%）、「自施設と同市区町村」が 56 人（47.1%）、「他都道府県」が 5 人（5.6%）となった。



図VI－1 出身地

（２）性別

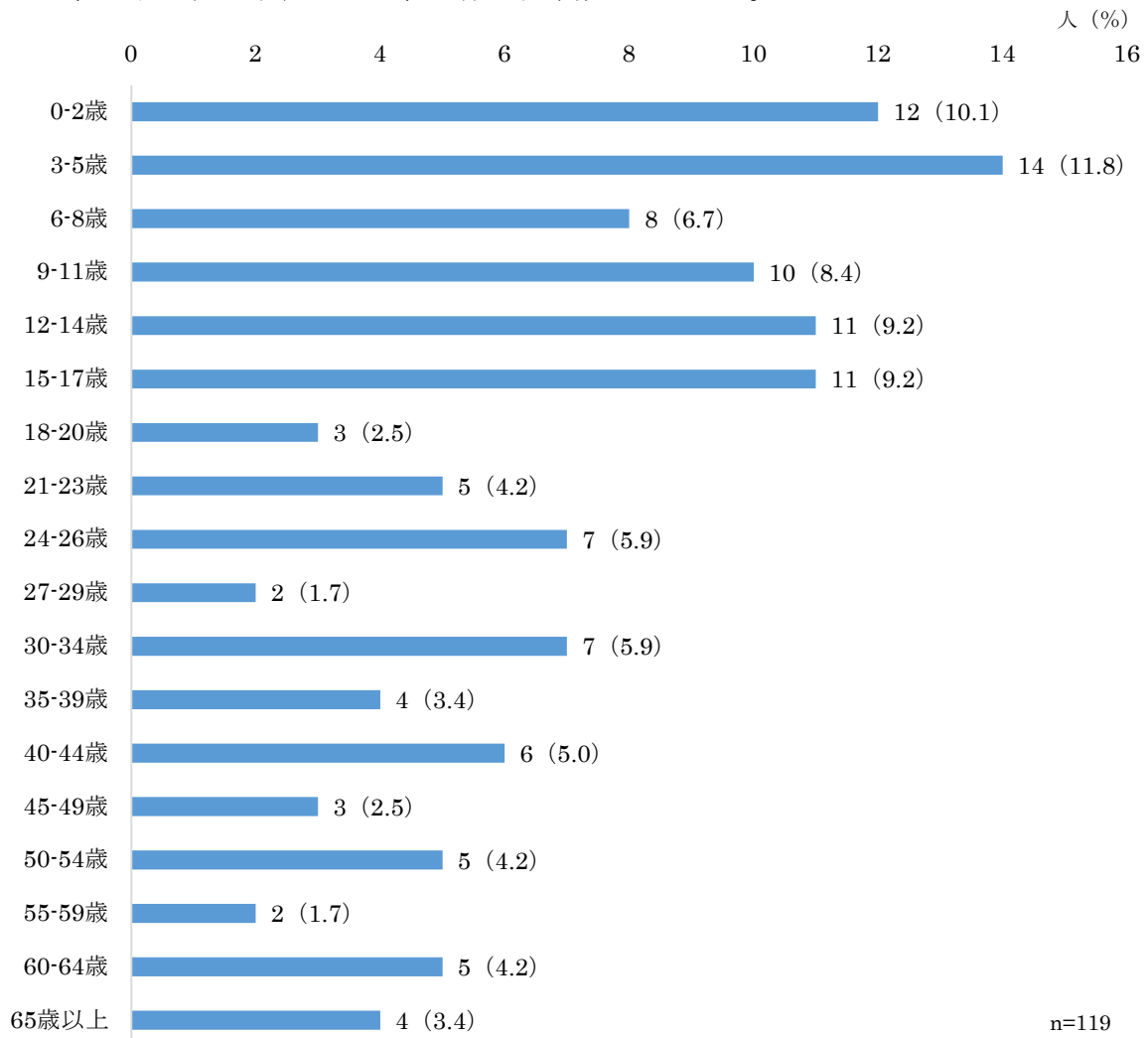
性別では、「男性」が 66 人（55.5%）、「女性」が 53 人（44.5%）となった。



図VI－2 性別

(3) 年齢（退所時点）

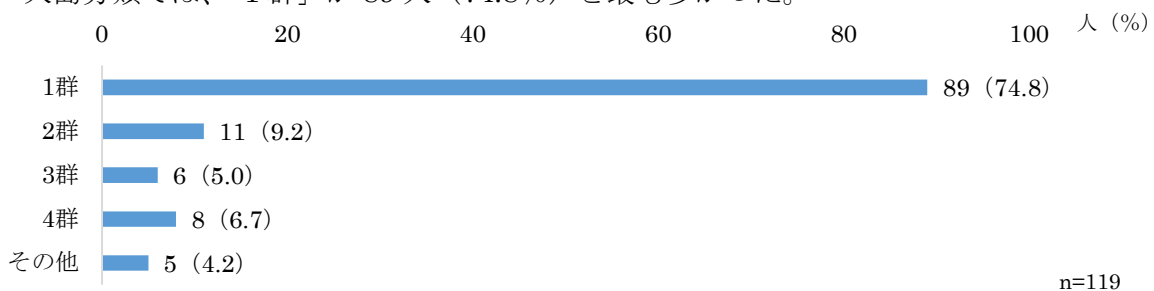
年齢では、「3-5 歳」が 14 人（11.8%）と最も多く、次いで「0-2 歳」が 12 人（10.1%）、「12-14 歳」、「15-17 歳」がそれぞれ 11 人（9.2%）ずつとなった。「0-17 歳」の範囲でみると、66 人（55.4%）となり、全体の約半数強となった。



図VI-3 年齢

(4) 大島分類

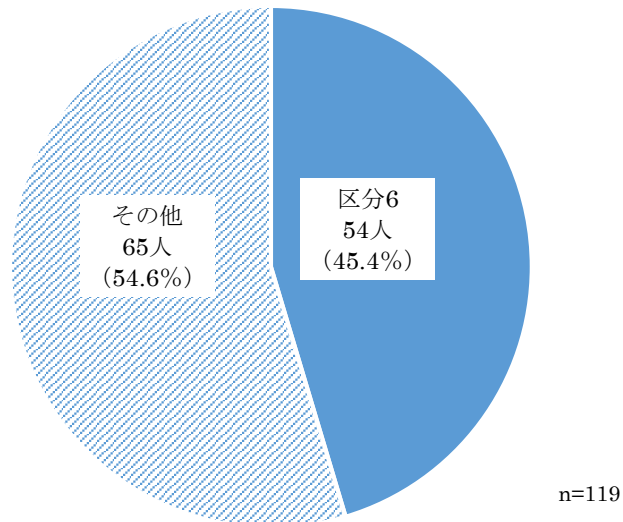
大島分類では、「1 群」が 89 人（74.8%）と最も多かった。



図VI-4 大島分類

（５）障害支援区分

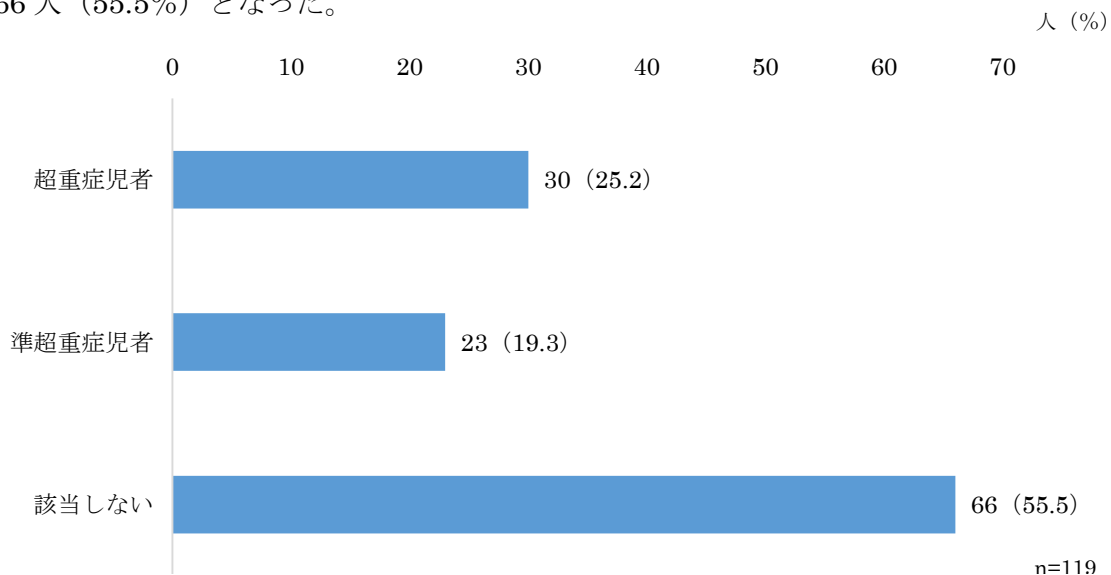
障害支援区分では、「区分 6」が 54 人（45.4%）となり、「その他」が 65 人（54.6%）となった。



図VI-5 障害支援区分

（６）超重症児者または準超重症児者

「超重症児者」は 30 人（25.2%）、「準超重症児者」は 23 人（19.3%）、「該当しない」が 66 人（55.5%）となった。



図VI-6 超重症児者または準超重症児者

（７）人工呼吸器

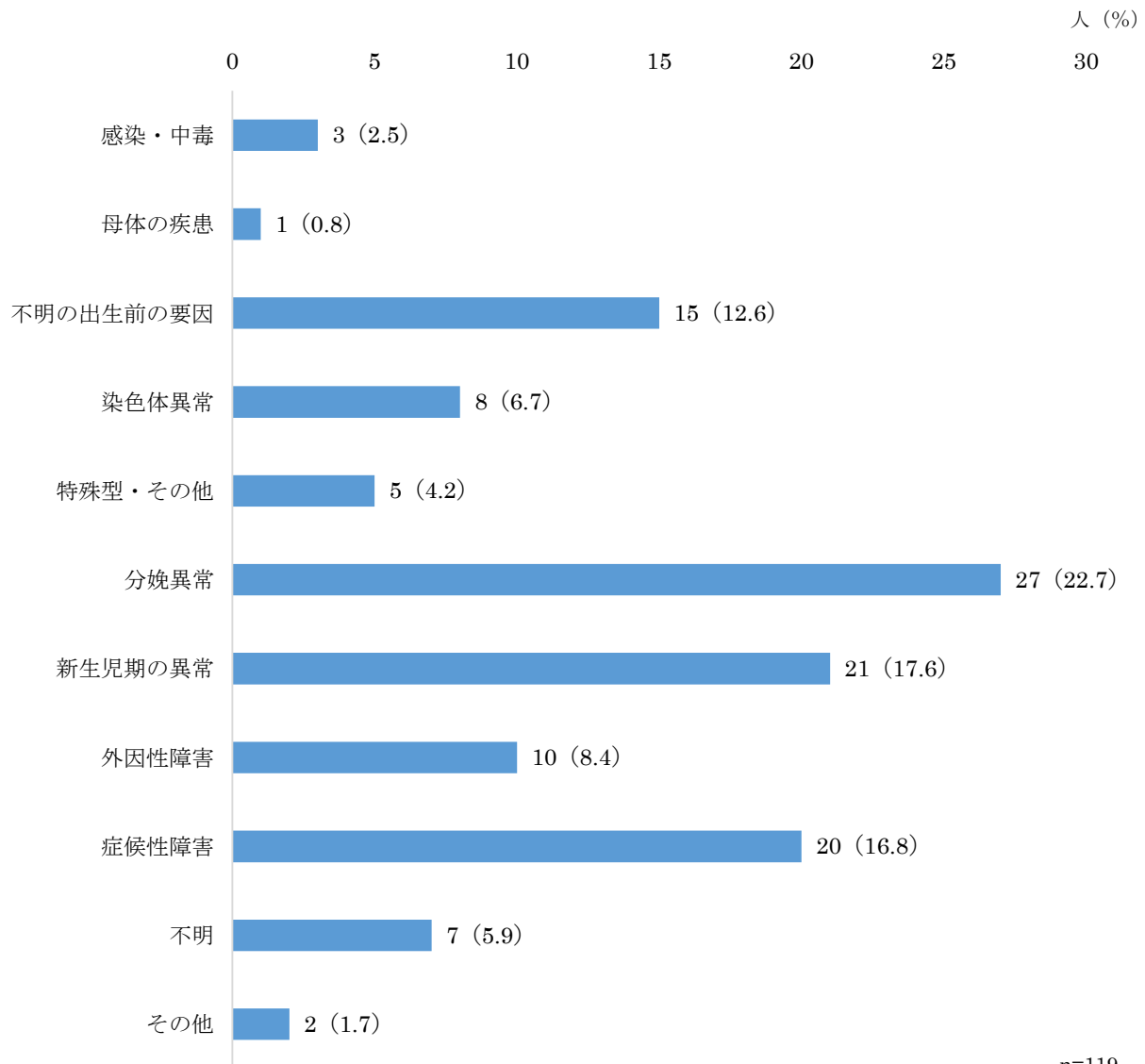
人工呼吸器管理について、「管理をしている」が 20 人（16.8%）、「管理をしていない」が 99 人（83.2%）となった。

（８）「気管切開」の有無

「気管切開」について、「気管切開をしている」が 32 人（26.9%）、「気管切開をしていない」が 87 人（73.1%）となった。

（９）主要病因

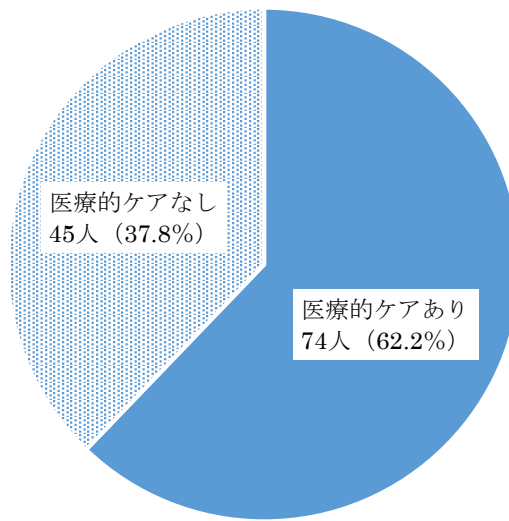
「分娩異常」が 27 人（22.7%）と最も多く、次いで「新生児貴期の異常」が 21 人（17.6%）、「症候性障害」が 20 人（16.8%）の順となった。



図VI-7 主要病因

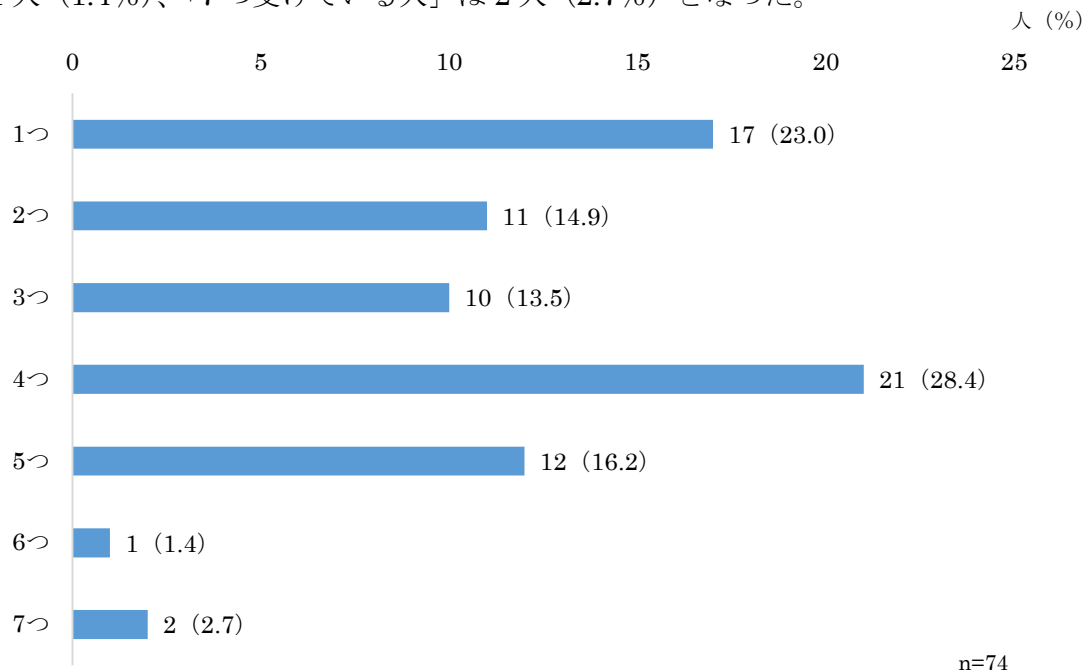
(10) 医療的ケア

「医療的ケアあり」が74人(62.2%)、「医療的ケアなし」が45人(37.8%)となった。



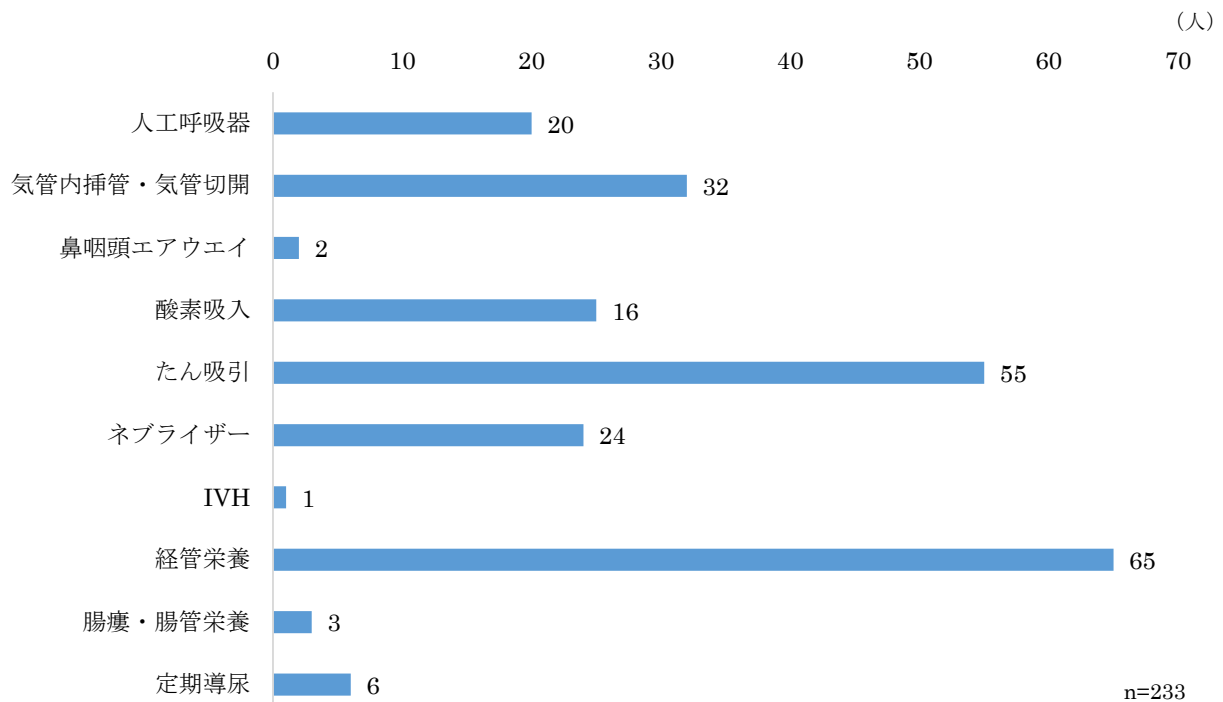
図VI-8 医療的ケアの有無

「医療的ケアがある」74人のうち、医療的ケアを「1つ受けている人」は17人(23.0%)、「2つ受けている人」は11人(14.9%)、「3つ受けている人」は10人(13.5%)、「4つ受けている人」は21人(28.4%)、「5つ受けている人」は12人(16.2%)、「6つ受けている人」は1人(1.4%)、「7つ受けている人」は2人(2.7%)となった。



図VI-9 医療的ケアを受けている数

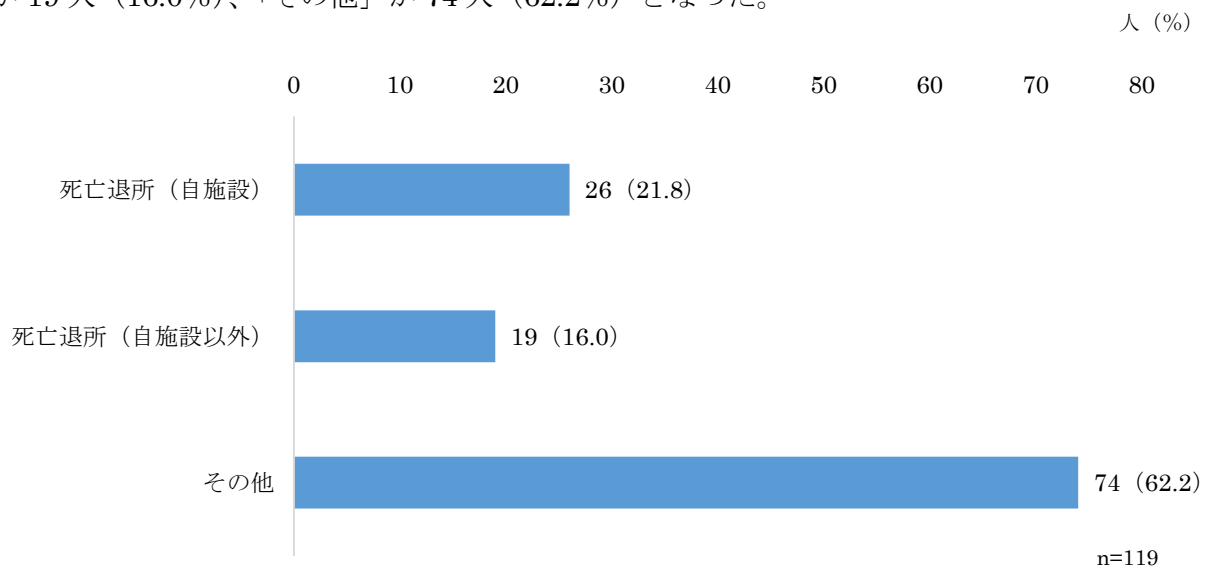
退所時点において受けていた医療的ケアの項目について、「経管栄養」が 65 人で最も多く、次に「たん吸引」が 55 人、「気管内挿管・気管切開」が 32 人となった。



図VI－10 医療的ケアの内容

(11) 退所理由

退所理由について、「死亡退所（自施設）」が 26 人（21.8%）、「死亡退所（自施設以外）」が 19 人（16.0%）、「その他」が 74 人（62.2%）となった。



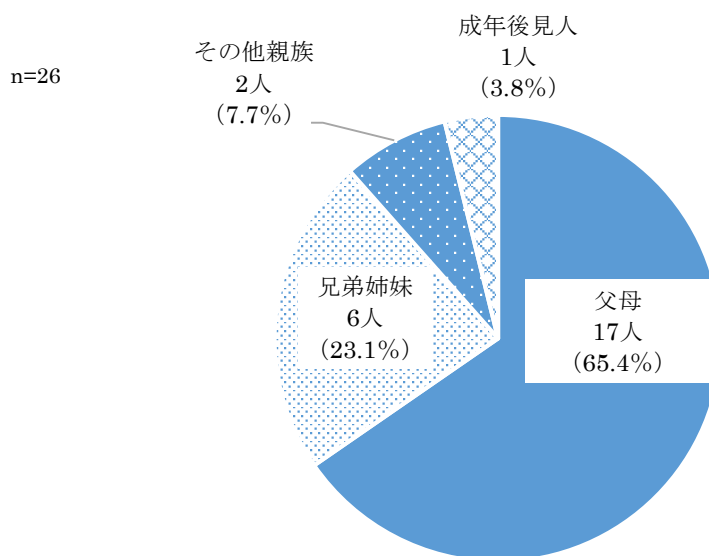
図VI－11 退所理由

（１２）看取りの有無

「死亡退所（自施設）」の 26 人のうち、「看取り実施あり」が 13 人、「看取り実施なし」が 13 人となった。

（１３）身元引受人

「死亡退所（自施設）」の 26 人のうち、死亡後の身元引受人について、「父母」が 17 人（65.4%）と最も多く、「兄弟姉妹」が 6 人（23.1%）、「その他親族」が 2 人（7.7%）、成年後見人が 1 人（3.8%）の順となった。



図VI-12 身元引受人

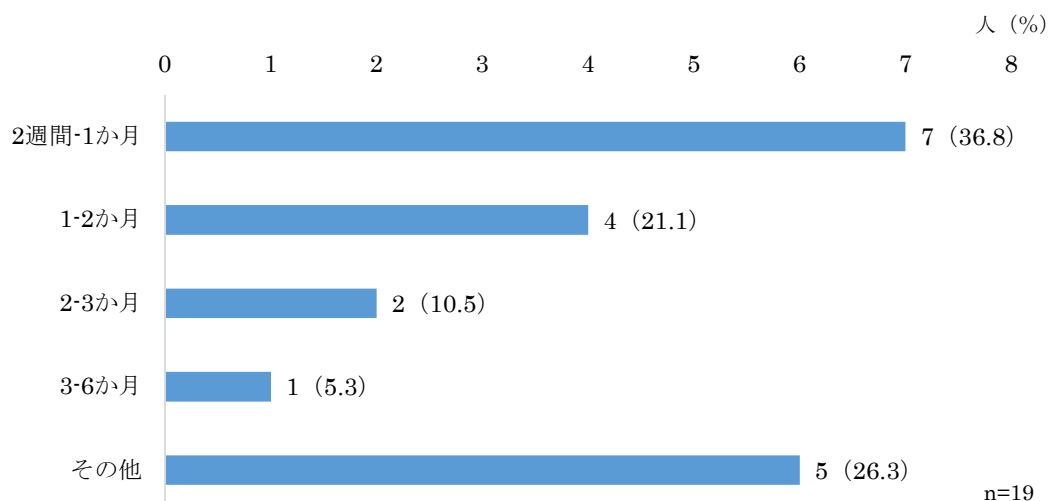
（１４）自施設以外の場所で死亡した場所（地域）

「死亡退所（自施設以外）」の 19 人のうち、「自施設が所在する同市区町村内の病院」が 12 人（63.2%）、「自施設が所在する都道府県内の病院」が 7 人（36.8%）となった。

（１５）入院期間

「死亡退所（自施設以外）」の 19 人のうち、死亡に至るまでの入院期間について、「2 週間・1 か月以内」が 7 人、「1・2 か月以内」が 4 人となった。

「その他」では、3 日間が 2 人、7 日間が 1 人、2 日間が 1 人、救急搬送された当日が 1 人となった。



図VI-13 入院期間

(16) 退院話

「死亡退所（自施設以外）」の19人のうち、「退院の話しがあった」が7人（36.8%）、「退院の話しなかった」が12人（63.2%）となった。

(17) その他（自由記述）

「家族の治療や療養が終わった為」が19人、「母親の次子の出産後、生活が落ち着いた為」が8人、「児童相談所による一時保護解除」と「施設への入所」がそれぞれ4人ずつ、「医療機関への転院」が3人、「共同生活援助（グループホーム）入所」が2人となった。

表VI-1 退所理由「その他」

退所理由「その他」	(人)
1. 家族の治療や療養が終わった為	19
2. 母親の次子の出産後、生活が落ち着いた為	8
3. 家族の仕事の都合がついた等	3
4. 児童相談所による一時保護解除	4
5. 他施設入所	4
6. 医療機関への転院	3
7. 共同生活援助（グループホーム）入所	2
8. その他（事由解消および期間満了含）	31

以下は、原文のまま掲載する。同様の文章であるものは（ ）内に件数を記入している。

1. 家族の治療や療養が終わった為（19）

- ・母親の入院治療が終了したため（2）
- ・母の体調が回復したため（5）
- ・入院していた主介護者の母が退院したために在宅に移行（3）
- ・家族の入院治療が終了したため
- ・主介護者の術後の経過も良く、在宅での介護が可能と判断
- ・在宅での生活時間を少しずつ長くし、在宅生活へ移行した
- ・介護者（母）の治療が終了したため
- ・弟の入院のため入所 弟が退院したため
- ・主たる介護者の母親の病気（癌）が発見され、母親の治療入院中の有期限入所となったが、治療終了したため在宅に戻った。両親と本児の3人家族で父親は仕事のため介護不可。
- ・親の治療入院に母親が付き添い必要なため、父親の治療期間中の有期限入所となった。
- ・主たる介護者の疾病により、有期有目的で入所。在宅で介護ができるようになり退所する。
- ・母親の治療入院中の有期限入所。母子の2人家族のため介護者不在となる状況

2. 母親の次子の出産後、生活が落ち着いた為（8）

- ・出産前後の利用のため（6）
- ・介護者である母が無事次子を出産され、その後の母の体調、生活共に安定したため。
- ・次子出産のため 産前産後の間の本人の保護、日常生活支援を行い、無事に出産され、家庭状況もおちついてきたため約4か月で退所。

3. 家族の仕事の都合等がついた為（3）

- ・住宅改修工事が終了したため
- ・仕事（長期の出張）が終了したため
- ・家庭環境がととのったため（母が母国に一時帰国していたため）

4. 児童相談所による一時保護解除（4）

- ・児童相談所による一時保護解除（4）

5. 他施設入所（4）

- ・自宅に近い施設へ転院（2）
- ・施設入所支援（旧身体障害者療護施設）に移行
- ・病院 NICU から転院（他院）し、入院生活の中で家庭復帰を目指していたが本児の健康状態や母親の重篤な病気があり、施設入所希望となり、最寄りの重心施設の開所までの有期限入所となった。

5. 医療機関への転院 (3)

- ・他医療機関での入院が長期化し、主治医から病状的に自施設に戻ることは難しいとの医療的な判断がなされ、かつ家族も他医療機関での治療継続を望まれたため。
- ・支援者の自宅近くへの転院。
- ・発熱が入所数日前よりみられ、入所 3 日目で口腔内より多量出血あるものの、出血不明なため、他院へ救急搬送。その後、症状改善し、搬送先の施設入所した。

6. 共同生活援助（グループホーム）(2)

- ・共同生活援助（グループホーム）に移行 (2)

7. その他（事由解消および期間満了含）(31) *記述なし 1 件含む

（事由解消）

- ・家庭状況を確認、在宅サービスの利用を再開した上で、家庭引き取りになった (17)。
- ・家庭状況を確認した上で、家庭引き取りになった。
- ・受入れ時点で期限を区切った預かり在宅サービスの利用を再開した上で、家庭引き取りになった。

（期間満了）

- ・受入れ時点で期限を区切った預かり (10)

（その他）

- ・入所中に癌と診断され、他院にて手術入院。その間は退所扱い。再入所したものの転移認め、手術先の病院に再入院するが積極的な治療の適応とならず、数日で退院（末期ガンのため）。3 か月半の期間（ここから死亡確認まで）、家族は延命治療（気管挿管等）を望まなかったため、看取りの対応となった。

Ⅶ. 退所児者（クロス集計）

退所理由を軸に、各項目とのクロス集計の結果を示す。

1. 退所理由

1－1. 退所児者の年齢

まず、退所理由について、年齢を軸にみてみることにした。その結果、0・20 歳までは「その他」の理由による退所の割合が多かった。

20 歳以降では、「自施設での死亡退所（以下、自施設）」または「自施設以外での死亡退所（以下、自施設以外）」による退所理由の割合が多い結果となった。

表Ⅶ－1 年齢×退所理由

年齢	退所理由			人（％）
	死亡退所 （自施設） 26（100.0）	死亡退所 （自施設以外） 19（100.0）	その他 74（100.0）	合計 119（100.0）
0・2 歳	1（3.8）	0（0.0）	11（14.9）	12（10.1）
3・5 歳	0（0.0）	1（5.3）	13（17.6）	14（11.8）
6・8 歳	1（3.8）	1（5.3）	6（8.1）	8（6.7）
9・11 歳	1（3.8）	1（5.3）	10（10.8）	10（8.4）
12・14 歳	0（0.0）	2（10.5）	9（12.2）	11（9.2）
15・17 歳	1（3.8）	0（0.0）	10（13.5）	11（9.2）
18・20 歳	0（0.0）	1（5.3）	2（2.7）	3（2.5）
21・29 歳	5（19.2）	2（10.5）	7（9.5）	14（11.8）
30・39 歳	3（11.5）	6（31.6）	2（2.7）	11（9.2）
40・49 歳	2（7.7）	2（10.5）	5（6.8）	9（7.6）
50・59 歳	5（19.2）	1（5.3）	1（1.4）	7（5.9）
65 歳以上	7（26.9）	2（10.5）	0（0.0）	9（7.6）

1－2．性別

性別においては、「自施設」は「男性」が14人（53.8%）、「女性」が12人（46.2%）となり、「自施設以外」は「男性」が12人（63.2%）、「女性」が7人（36.8%）となり、「その他」では「男性」が40人（54.1%）、「女性」が34人（45.9%）となった。

表Ⅶ－2 退所理由×性別

退所理由	性別		人（%）
	男性 66（55.5）	女性 53（44.5）	合計 119（100.0）
死亡退所 【自施設】	14（53.8）	12（46.2）	26（100.0）
死亡退所 【自施設以外】	12（63.2）	7（36.8）	19（100.0）
その他	40（54.1）	34（45.9）	74（100.0）

1－3．大島分類

自施設、自施設以外、その他、全てにおいて大島分類「1群」が最も高い割合となった。

表Ⅶ－3 退所理由×大島分類

退所理由	大島分類					人（%）
	1群 89（74.8）	2群 11（9.2）	3群 6（5.0）	4群 8（6.7）	その他 5（4.2）	合計 119 （100.0）
死亡退所 【自施設】	21（80.8）	2（7.7）	0（0.0）	1（3.8）	2（7.7）	26 （100.0）
死亡退所 【自施設以外】	17（89.5）	2（10.5）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	19 （100.0）
その他	51（68.9）	7（9.5）	6（8.1）	7（9.5）	3（4.1）	74 （100.0）

大島分類「その他」：5群、9群、10群

1－4．障害支援区分

自施設、自施設以外においては、「区分 6」が高い割合となった。その他については、「その他（児童）」が 31 人（70.0％）と高い割合となった。

表Ⅶ－4 退所理由×障害支援区分

退所理由	障害支援区分		人（％）
	区分 6 54（45.4）	その他 65（54.6）	合計 119（100.0）
死亡退所 （自施設）	22（84.6）	4（15.4）	26（100.0）
死亡退所 （自施設以外）	14（73.7）	5（26.3）	20（100.0）
その他	13（29.5）	31（70.0）	44（100.0）

障害支援区分：「その他」は児童に該当する

1－5．超重症児者または準超重症児者

自施設では、超重症児者および準超重症児者は 13 人（50.0％）となり、自施設以外では 10 人（52.7％）となった。

表Ⅶ－5 退所理由×超重症児者または準超重症児者

退所理由	超重症児者または準超重症児者			人（％）
	超重症児者 30（25.2）	準超重症児者 23（19.3）	該当しない 66（55.5）	合計 119（100.0）
死亡退所 （自施設）	6（23.1）	7（26.9）	13（50.0）	26（100.0）
死亡退所 （自施設以外）	6（31.6）	4（21.1）	9（47.4）	19（100.0）
その他	18（24.3）	12（16.2）	44（59.5）	74（100.0）

1－6．主要病因

退所理由と主要病因において有意差はなかった。

表Ⅶ－6 退所理由×主要病因

	主要病因											
退所理由	感染・ 中毒 3 (2.5)	母体の 疾患 1 (0.8)	不明の 出生前 の要因 15 (12.6)	染色体 異常 8 (6.7)	特殊型 その他 5 (4.2)	分娩 異常 27 (22.7)	新生児 の異常 21 (17.6)	外因性 障害 10 (8.4)	症候性 障害 20 (16.8)	不明 7 (5.9)	その他 2 (1.7)	合計 119 (100.0)
死亡退所 (自施設)	1 (3.8)	0 (0.0)	3 (11.5)	2 (7.7)	1 (3.8)	5 (19.2)	5 (19.2)	2 (7.7)	6 (23.1)	1 (3.8)	0 (0.0)	26 (100.0)
死亡退所 (自施設 以外)	1 (5.3)	0 (0.0)	4 (21.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (21.1)	2 (10.5)	2 (10.5)	6 (31.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
その他	1 (1.4)	1 (1.4)	8 (10.8)	6 (8.1)	4 (5.4)	18 (24.3)	14 (18.9)	6 (8.1)	8 (10.8)	6 (8.1)	2 (2.7)	74 (100.0)

1－7．医療的ケア（複数回答）

自施設、自施設以外、その他において、「たん吸引」と「経管栄養」の割合が高い結果となった。

表Ⅶ－7 退所理由×医療的ケア

	医療的ケア										
退所理由	人工 呼吸器 20 (8.6)	気管内 挿管・ 気管切開 32 (13.7)	鼻咽頭 エア ウェイ 2 (0.9)	酸素 吸入 25 (10.7)	たん 吸引 55 (23.6)	ネブ ライザー 24 (10.3)	IVH 1 (0.4)	経管 栄養 65 (27.9)	腸瘻・ 腸管 栄養 3 (1.3)	定期 導尿 6 (2.6)	合計 233 (100.0)
死亡退所 (自施設)	3 (5.0)	9 (15.0)	0 (0.0)	6 (10.0)	14 (23.3)	8 (13.3)	1 (1.7)	15 (25.0)	1 (1.7)	3 (5.0)	60 (100.0)
死亡退所 (自施設 以外)	4 (10.0)	6 (15.0)	0 (0.0)	4 (10.0)	9 (22.5)	3 (7.5)	0 (0.0)	13 (32.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	40 (100.0)
その他	13 (9.8)	17 (12.8)	2 (1.5)	15 (11.3)	32 (24.1)	13 (9.8)	0 (0.0)	37 (27.8)	1 (0.8)	3 (2.3)	133 (100.0)

※人工肛門とその他は該当者がいなかった。

Ⅷ. 研究ミーティング（2021年1月12日実施）

研究協力者との研究ミーティングを通して、本調査の結果をさらに深め、検討することが主目的とする。今回は、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、Zoomを使用して開催することとした。

1. 入退所プロセス（報告書 P6～P20）

1-1. 入所プロセス【自施設で管理している場合（A,C,D,E 施設）】（報告書 P6～P11）

（1）入所可否の決定方法について（報告書 P8～P9）

医療面	入所可否の判断基準には、主に「医療面」に関することが比重を占めることが多い その理由として ・施設の近くに病院（入院や検査等ができる）がない ・施設として、後方病院や特定病院を併せ持っていない ・上記理由から、緊急時に受け入れてくれる病院を探さなければならない
家族状況	例えば、主介護者の年齢（65歳以上の高齢者など）、介護力の実態などから、入所の緊急性を検討する

（2）入所可否を決定する会議のメンバーについて（報告書 P7）

構成メンバーにおける「事務部門」の参加の理由
・経営的な側面（例：稼働率など）から、数字を示して医師に理解してもらうため そのことにより、呼吸器装着の方の入所の受入れの検討をすすめてもらいたいため ・2 契約書の管理が事務室になるため ・療育部門が事務部門に直轄しているため

（3）「入所否」と決定したケースについて（報告書 P11）

- ・本調査結果の通り、医療面に関する理由が占める

1-2. 入所プロセス【自施設では管理していない（B,F 施設）】（報告書 P12～P13）

（1）候補児者の決定プロセスについて（報告書 P13）

行政機関との調整について
・空床が出たら、施設内の役職員で、どのような状態の人を施設で受け入れられるかを決めて、その情報を所管課に伝え、その状態等に近い人をリストアップしてもらうようにしている（あらかじめ、施設側から受入れ対象重症度を提示する）

- ・自らの施設の何らかのサービスを利用しているため、入所の待機児者の状態等は把握できている
- ・施設と行政で入所の優先度の認識が異なるので、優先度の基準の統一が課題
→医療的ケアが絡んでくると施設と行政で優先度が変わってくる
- ・行政が策定した評価基準は点数化されている。行政は、医療度や介護度の点数よりも養護性を重視することもある

1-3. 入所プロセス【共通】

(1) 候補児者の情報更新について

候補児者の情報更新	
・行政では情報の更新はされていない。そのため、入所が決まる前に情報収集をしたり、情報の刷り合わせをしている	
・行政から提出された情報のみでは、状態像が分からないため、不足している情報は行政や児童相談所などの関係機関に確認する	
・施設側と行政側で候補児者の入所優先度の認識が異なる。特に、医療的ケアが絡んでくると施設側と行政側で優先度が変わってくる。そのため、入所優先度の基準を統一していくことが課題である	
・関係機関とは情報交換をよくしている。特に、NICU に入院している方は2～3 か月のペースで病院から情報提供ある	
・自施設のサービス（例えば、短期入所や外来受診等）を利用している人は情報更新できる 外来受診では、医師が入所意向を確認してくれることもある	

2. 新規入所児者（報告書 P21～P32、P43～P58）※主に虐待ケースについて検討

(1) 入所理由（報告書 P28, P47）

「その他」の自由記述に関する補足説明	
養育困難	・虐待認定ではない ・保護者の要因（経済力、障害の受容、IQ の状態）
保護者の育児能力不足	・IQ 低い両親（文字が読めない、理解できない、養育できない）、医療的ケア手技の能力が低い）
在宅移行困難	・生まれてから継続して入院しているケース（医療的ケアの手技が難しい、地域の資源不足、夫婦共働きで看る人不在） ・親の障害受容がすすまない（医療的ケアを要している）（障害の子として生まれてショックであること、医療機関でもサポートしているが、なかなか在宅移行がすすまない）

在宅移行困難	・施設の空床がない ・兄弟で障害を持っているため一人は在宅、もう一人は施設 ・介護者の高齢化 ・長期入院、入所により親自身の生活が確立されているため、子どもを在宅で看ることが困難 ・母子家庭もしくは父子家庭 ・親が精神疾患である
--------	---

※保護者を含めた環境的な要因が大きい

(2) 措置入所や虐待、養育困難などの理由で入所した児者の家族支援について

家族支援について
・入所児者の育成を重視している。そのため、児童相談所を通して家族との連絡を取り合いながら、施設生活の様子を伝えている（メールで写真を添付する） ・本人と親との関係が希薄になっている。児童相談所を通して面談する。しかしながら、親との連絡が取り合えないこともあり、本人に必要な手続きが遅れる（手帳等の申請）場合がある。現在は、電話でのやり取りとしているが、家庭訪問も必要なのではないかとも考えている。しかしながら、児童相談所が介入していることもあるため、それぞれの役割を果たしていく必要があると考えている ・課題を抱える親に対して、臨床心理士を絡めてアプローチしていくことを今後の課題としている

(3) 児童相談所との連携について

児童相談所との連携
①児童相談所との連携は十分ではない ・入所前や困難なケースは緊密な連携やかかわりがある。入所後は、入所前ほどの緊密な連携はない ・児相が持つ情報は詳しいか ・都道府県レベル（注：全てではなく、一部）の児童相談所からの情報は、ほとんどない。市レベルの児童相談所は詳細な情報提供がある ②施設では、親と面談あり（年に2回）。その際に、児童の場合は契約、措置関わらず、児童相談所の方に同席してもらって情報共有してもらう ・入所後、入所よりも在宅ケースのほうが児童相談所としては忙しいため、費用決定の書類のやりとりのみであったり、ケースカンファレンスで抽出された課題についても、なかなか動きが遅いケースもある。また、入所後の情報は児童相談所よりも施設のほうが多くある。

- ・課題解決等における優先順位は、施設が児童相談所に求めているほど、高くないケースもある
- ・措置入所の場合、児童相談所としては、親の能力（様々な観点から）の見極めが必要と主張する。しかしながら、施設側から、親とどう関わっているかと尋ねると、関わっていないというケースもある（特に、担当が変わると）

③児童相談所との連絡協議会あり（年１回）

- ・当該地域の児童相談所の方との情報共有や連携はできており、よく動いてくれる
- ・措置や契約の児童に関わらず、状況等は把握してくれている
- ・入所児と親との関係性が切れていかないように、児童相談所がつないでくれている。しかしながら、親との連絡をとれていないケースも実態としてある

④保護者との面談（児童相談所参加のもと）を実施している（年１回）

- ・児童の場合、責任の所在は児童相談所と考えており、イニシアチブをとってほしい
- ・何かあれば施設側から児童相談所へ問いを投げかけながら動いてもらうようにしている
- ・都道府県レベルの児童相談所よりも、市レベルの児童相談所の方が動いてくれる

⑤措置、契約にかかわらず、児童相談所を含めた情報共有をする（年に数回）

- ・入所調整時には緊密に連携や情報共有できるが、入所をすると、その緊密さはなくなる
- ・新規で入所した児童に関しては、当面の間は、毎月、児童相談所の方に来所してもらい報告する
- ・待機児童についての動向に関する情報がなかなか、施設側に入っていない

⑥施設側の児童相談所への働きかけ次第であり、児童の生活状況を伝えるようにしている

- ・必要時に、タイムリーに動いてもらえるように関係性を構築していく
- ・関係性を構築するためには、こちらからも情報提供をしていく

(4) 施設と児童相談所との役割について

施設と児童相談所との役割
・児童の成長を親と一緒に見守りながら支援していくことが重要である。親自身の生活もあるため、児童への面会なども遠のいてしまうこともあるため、面会依頼等、児童相談所にも介入してもらうようにしている ・虐待も複雑化してきているので、親への面談や支援も難しいこともある。しかしながら、児童相談所としてできる役割（例えば、親への指導等）、施設としてできる役割（例えば、児童の成長を支援、親との面談や訪問など）を果たしていきながら、共に支援をしていくことが重要である ・親へのアプローチが児童相談所のできる役割と捉えるのではなく、施設側も児童相談所の協力を得ながら、親への支援やアプローチをしていくことが必要である ・虐待ケースの場合、児童相談所を介入して連絡をするケースと介入しなくても連絡してよいケースがあり、ケースごとに対応している。

- ・新型コロナウイルスの影響により、オンラインや窓越し面会を実施している。窓越し面会では、児童相談所の方も同行してくれるケースもある
- ・親の面会が遠のかないようにするために、手紙や電話をまめにする。面会時には必ず親と面談するようにしている。

(5) 外因性障害について（報告書 P56～P57）

- ・正常分娩後に、何らかの力が外から加わっていることである。その背景には、発達段階に何らかの障害があって、誘発したケースもある。

(6) 虐待の背景

＊虐待により入所した主介護者の年齢は 20 歳代の主介護者が多い結果となった
その背景として

- ・若年で望まぬ妊娠したケース
- ・経済状況（若年であることにより収入が少ない、貧困）
- ・両親が在中しているにもかかわらず、虐待が起きている
- ・母親と子供が 2 人きりになったときに受傷するケースもあり

※虐待の発見は、受傷したり、何らかの事柄があってから、児童相談所や関係機関がかかわることがほとんどである

3. 退所児者（報告書 P33～42）

(1) 退所児の看取り（報告書 P39）

＊看取りを実施していると回答したケース

- ・末期がんや余命があとわずかであったり、などの場合

＊看取りを実施していないと回答したケース

- ・急変や予測がつかずに、急性で亡くなった場合

4. 今後の施設機能の拡充について

今後の施設機能の拡充
・新規事業の展開（児童発達支援、放課後デイサービス、就労支援継続 B 型） ・保育園入園の児童（在宅児） 受入れ側の保育園が不安で、どのように対応してよいかわからないといった声があるため、サービス利用時に療育活動やリハビリなどの様子をビデオ撮影して不安を和らげていけるような計画を考えている

5. その他

ボランティアの活用状況

- ・遊び相手
- ・中庭の手入れ
- ・裁縫
- ・洗濯たたみ
- ・楽器演奏
- ・絵本読み
- ・話し相手
- ・マニキュア
- ・施設回りの整備（草刈りなど） など

＊社会福祉協議会のボランティアグループを活用している。そのため、継続して連携を図りながら、ボランティアの依頼をお願いしている

＊職員のみで入所児者の対応することには限界がある。特に、高校卒業後の関わりで、ボランティアの活用ができればと考えている。例えば、〇〇〇〇大学のように作れると良い。

＊これまでは職員とボランティア一緒に行っていた。しかしながら、入所児者のケアや来所される時間帯が忙しい時間等の理由により、お互いの意見交換ができなかったり、ボランティアの方への対応が疎かになることが増えてきた。

第4章 考察

本章では、調査結果に基づいて、1. 入退所プロセス、2. 新規入所児者の実態、3. 退所児者の実態、の3点から考察をする。これらの考察を踏まえ、重症児者施設が果たすべき役割について述べる。

1. 入退所プロセス

1-1. 地域において限られた貴重な社会資源の一つ（施設概況から）

2020年4月現在、全国の公法人立重症児者施設は135カ所（13,785床）、国立病院機構重症児者病棟74カ所（8,138床）となっている¹⁶⁾。このように、全国的にも限られた施設として地域に存在するなか、6施設の概況をみると、地域によっては同地域内に自施設しかない地域もあることが明らかとなった。つまり、地域で暮らす重症児者やその家族にとっては貴重な社会資源の一つであることがみてとれる。

施設の居室環境では、6施設とも個室は少なく、2人部屋や4人部屋の割合が高いことが明らかとなった。この点は、施設のハード面の課題も考えられるが、生命に直結するような重症児者もいるため、重症児者の状態像を考慮した上で、同じもしくは似たような状態像の人たちを同時に看たり、ケアができることの利点があること主眼にしているのではないかと考えられる。

1-2. 多職種による視点を反映した受入れの検討の必要性（入所プロセスから）

1-2-1. 自施設管理

入所待機児者の管理では、自施設で管理している施設が4施設（A、C、D、E）、自施設以外（行政）が管理している施設が2施設（B、F）となった。自施設で入所待機児者を管理している4施設では、新規入所児者の入所可否を決める会議の参加者は10名以上の参加で決定していることが明らかとなった。その構成メンバーは医療職や福祉職の他に、事務職の参加も見受けられた。事務職が参加する理由としては、経営面からの視点であったり、契約などの事務手続きに関することなどから参加をしていることが理由として挙げられた（研究ミーティングでの意見）。

このことから、医療や福祉、経営などの多様な視点のもと施設全体で新規入所児者の受入れの検討をしていることがうかがえた。その受入れについて、入所可否の決定方法については4施設とも大きな違いはなかった。共通していたのは、入所可否を決定する際のキーポイントは「医療」に関することであった。この点においては、重症児者の特徴から、医療的ケア等を要していたり、体調の変化が生命に直結しやすいことから、医療の観点からの意見等が重要になると考えられる。そのため、入所可否を決定する構成メンバーには医師や看護師な

どの医療職の割合が多いことが、調査結果からうかがえる。

こうした背景には、施設によっては、併設の病院や後方病院を有していないことによって、緊急時等において、受入れ先の医療機関を探さなければならないこと、医療に対して自施設で対応できるか否かにあることが入所可否を決定していく上で重要視されるとのことであった（研究ミーティングでの意見より）。また、昨年度実施した調査¹⁵⁾から、施設によっては医師数や専門医の配置不足、看護師の配置が少ないなどの職員体制の問題や施設のハード面の問題も背景として考えられる。特に、重症心身障害分野に携わる医師不足¹⁷⁾や業務内容¹⁸⁾なども実態調査から明らかにされており、そうした背景も十分に考えられる

入所可否の決定については、医療に関する項目が鍵となっていると考えられる。そのことは、入所を断ったケースの理由や入所プロセスにおける施設の抱える課題についても「医療」に関する意見が多く見受けられていることにもつながっているといえよう。

1－2－2．自施設以外管理

次に、自施設以外（行政）が管理している 2 施設では、施設職員と行政の所管課による調整の上、入所対象児者の選定が行われていた。その際の課題として、候補児者の決定プロセスにおいて、研究ミーティングでの意見として、施設側と行政で入所の優先度の認識が異なる。そのため、優先度の基準の統一が課題であることを指摘していた。例えば、特に、医療的ケアが絡んでくると施設側と行政側で優先度の認識が異なるとの意見があった。その他にも、行政側は医療度や介護度の点数よりも養護性を重視することが見受けられるという意見もあった。

このように、新規入所児者を受入れるための候補児者を決定する際に、施設側と行政側との間で、十分な摺り合わせを行っていく作業が重要と考える。第 3 者の介入によって入所可否の決定ができる点においては、自施設で管理するよりも中立公正な立場で、より適切な決定がきる点では利点ではないかと考える。

1－3．まとめ

以上のことから、今後も在宅生活が困難となるケースや在宅に移行できないケースなど様々な理由により施設入所の依頼をするケースが後を絶たないと思われる。そうした背景には、現在、わが国の社会情勢下のなか、ニーズが複雑かつ多様化してきていることが事実として考えられる。こうしたことから、引き続き、新規入所児者を受け入れていくプロセスにおいては、様々な職種の視点からの意見を重要視し、総合的に決定していくことがより必要と考える。そのためにも、現在、施設が抱える課題を少しでも解決できるように、新たな仕組みや体制を構築していくことが必要であると考え。そして、これまで以上に、地域に住む重症児者やその家族にとって、安心して利用できる、入所できる施設作りを目指していく

ことができればと考える。

1－4. 本人の最善の利益を優先するための視点を持つことの必要性（退所プロセスから）

入院が長期化したり、長期化が予測されるケースにおける退所の会議について、6 施設のうち 2 施設が実施していた。重症児者施設における退所は、地域移行よりも、入院や死亡によるものが大半と考えられる。

退所プロセスにおいては、本調査の結果通りであり、特に長期入院等になった場合、本人の意思確認はこれまで以上に難しくなることが考えられる。そのため、自由記述にも記載があったように、施設として退所を検討していく場合、本人の意思や思いはどうであるかを含めて、本人にとって最善の利益とは何であるかという視点をもって検討することが重要と考える。このことは、日本社会福祉士会の倫理綱領の中の倫理基準において、「クライアントの利益の最優先」として明記されていることから重要なことであると言えよう。

2. 地域で暮らす重症児者やその家族の支えとなる施設の必要性（新規入所児者より）

2－1. 年齢

過去 5 年間ににおける 6 施設の新規入所児者の傾向について、「0・8 歳」での入所が全体の約 4 割となった。次いで 30 歳代から 40 歳代の入所が約 2 割半となった。このことから、新規入所児者は低年齢の人たちの入所が多いことが明らかとなった。このことは、三上らが実施した全国の公法人立重症心身障害児施設の実態調査の分析結果と傾向が同じであることがうかがえた^{19, 20)}。

年齢別に入所理由をみると、「介護者の病気等」や「介護者の高齢化」が最も多く、入所者の年齢が高いほど、上記の理由による入所が多かったことが明らかとなった。また、「0・8 歳」の入所理由としては、「在宅移行困難」、「他の家族の育児等」、「虐待」、「その他」による入所の割合が高いことも明らかとなった。「その他」による入所については「養育困難」をはじめ「保護者の育児能力不足」、「出産」による理由があった。

こうした背景には、主介護者の年齢が関係していると考えられる。当然のことながら、新規入所児者の年齢が高ければ、主介護者の年齢も高くなる。そうすると、先に述べた理由によって入所してくることになる。主介護者の年齢が若い場合には、例えば、働き盛りで仕事を辞められない、他の兄弟姉妹の面倒が大変である、育児経験が浅いなど、様々な要因が関係した中での入所になっていると考えられる。つまり、新規入所児者を取り巻く環境の要因が大きく関連しているといえる。

2-2. 入所前の生活の場

入所前の生活の場では、「自宅」が圧倒的に多かった。割合は低いものの、病院（小児科病棟）やNICU、乳児院で生活をしていた入所児もいた。この小児科病棟やNICUからの入所については、小児科病棟やNICUにおける入院の長期化が課題となっており、その背景には、次の行先となる後方支援施設が少ないことに加え、受け入れ体制が不十分であることが課題として挙げられている²¹⁻²⁴。その後方支援施設の一つが重症児者施設となっている。

しかし、後方支援施設としての役割を担うとしても、先述したように、医師数や専門医の配置不足、加えて施設のハード面から高度な医療を施設で看ることができる否か、施設の空き状況などの理由から受け入れることが困難であるケースも考えられる。実際に、舟本や上の調査からも明らかになっている^{9),25)}。

これらのことから、特に、小児科病棟やNICU、乳児院などからの入所の受入れについては、重症児施設側の問題のみではなく、相手側にも課題があり、それらをどのように擦り合わせていくか、解決していくことができるか、メゾ的もしくはマクロ的な課題解決が必要ではないかと考える。

2-3. 医療的ケア

医療的ケアについて、新規入所児者の多くが何らかの医療的ケアを受けているのではないかと予測していたが、結果として、医療的ケアを受けている人と受けていない人の割合は約半数ずつとなった。また、医療的ケアを受けている項目も1つから2つの割合が多かったことが明らかとなった。

2-4. 虐待

近年、児童虐待は増加の一途をたどっている。また、虐待による死亡事例や重症化事例も増加している^{26,27)}。こうした中、本調査結果においても、虐待による入所を明らかにしており、**表V-12**から**表V-19**を参照していただきたい。そのなかで着目をしたのが、「主介護者の年齢」であった。20歳代の主介護者が最も多かったことに加え、主要病因として「外因性障害」が最も多いことが明らかとなった。こうした背景には、主介護者への支援体制が得られない、主介護者に代わる介護者の不在、経済的状況など、介護者を取り巻く様々な環境的な要因が大きく関わっていると考えられる。

本調査では具体的な内容までを明らかにしていないが、今後、虐待事例においては、具体的な実態、例えば入所前の親子関係から入所後の親子関係、本人の状態など入所前後における様々な変化についても検証をしていきたいと考える。それによって、どのような機関とどのように連携し、また施設内ではどのように本人と向き合いながら支援していくか、その後の親子関係のあり方など、様々なヒントや解決策が見出せるのではないかと考える。

2－5. まとめ

近年では、障害福祉分野だけではなく、あらゆる分野において「地域」をキーワードとした制度や施策の展開が潮流している。しかしながら、様々な理由によって、在宅や地域での生活が困難となり、施設入所せざるを得ないことも実態としてある。そのため、重症児者施設としては、これまで以上に、そうした人たちの受け皿となり、在宅や地域で暮らす重症児者やその家族の支えとなるような役割を果たしていかなければならないと考える。そのためにも、地域のニーズを把握し、地域の社会資源ともつながりを構築しながら支援を提供することができればと考える。

3. 本人が望む暮らしの実現を目指した支援の必要性（退所児者より）

3－1. 死亡退所

退所については、退所理由の4割が死亡退所であった。残りの6割は、家族の治療目的、出産等により、有期目的による入所からの退所が多くあった。年齢でみると、20歳以降、年齢が高くなるにつれ死亡退所が増加しており、その他による退所では、退所児者の年齢が18歳未満の方が多かったことが明らかとなった。また、医療的ケアについて、1人の入所児者が医療的ケアを受けている項目についても、新規入所児者に比べ、退所児者の方が複数受けている人の数が多かった。

自施設以外での死亡退所の多くは医療機関への入院によるものが多かったことも明らかとなった。このことは、おそらく、自施設での医療の対応が困難であることや治療入院の目的であったのが、体調変化で死亡したなどの状況が考えられる。

自施設での死亡退所については、看取りを実施しているケースがあった。高齢者施設においては、看取り加算やターミナルケア加算が報酬としてあるものの、障害分野における報酬は現在のところ存在しない。このことから、報酬がないにもかかわらず、看取りを実施していることを考えると、報酬ありきだからではなく、重症児者本人やその家族に寄り添いながら支援を展開していることがうかがえる。施設の考え方も含め、職員一人ひとりが本人や家族と真摯に向き合っていることもうかがえる。

3－2. 有期目的による退所支援

有期目的により入所した入所児者も多くいたことが明らかとなった。有期目的の支援においては、施設側にとって支援の困難さがあると考えられる。その理由として、決められた期限の中で、生活パターンを自宅と同じようにしながら、本人の状態を維持する必要があること、そのためにも健康管理に十分に努めることなどが考えられる。そのためにも、各施設では当然のことながら実施していると思われるが、入所当初から、在宅へ戻るための詳細な計画を

立て支援を展開しなければならない。さらに、本人支援のみではなく、場合によっては家族支援を含めた支援計画も必要になると考える。こうした難しさがあるのではないかと考える。

3-3. まとめ

このように、入院や死亡などによる退所が多くあるなか、普段から本人がどのようなことをしたいか、どのような暮らしを求めているのかといったことを本人はじめ家族や関係機関から情報を収集しておくことが必要と考える。そのことによって、例えば、看取りの場合では本人がどのように施設で暮らしていきたいか、何がしたいのか、といったことが叶えられることがより可能となる。また入院の場合においても、受入れ先の病院に対して、本人の特性を含めた情報提供も可能になる。そのためには、普段の施設生活におけるかかわりを通して、本人についての理解を深めておくことが重要な鍵になるのではないかと考える。

また、重症児者施設として、長期入所のみではなく、有期目的による入所も対応しており、地域で暮らす重症児者本人やその家族の支えとしての役割を果たしていると考えられる。

4. 今後の展望—重症児者施設が果たすべき役割について—

これまでの考察を踏まえ、今後、重症児者施設が果たすべき役割について、1. 重症児者施設が持つ機能をより拡充すること、2. 開かれた施設づくりをこれまで以上に行っていくこと、の2点を述べる。

4-1. 重症児者施設が持つ機能をより拡充すること

一つ目は、重症児者施設が持つ機能をより拡充をしていくことである。具体的には、入所支援として、長期入所支援、有期目的による中期入所支援、短期入所支援の3つを複合的に担っていくこと、専門職によるアウトリーチや訪問支援を行うこと、である。

4-1-1. 長期入所支援、有期目的による中期入所支援、短期入所支援の3つを複合的に担っていくこと

まず、重症児者施設としての本来の役割である「長期入所支援」である。施設入所といえ、長期的にまたは最期まで施設で暮らすということが主であろう。特に、重度の障害や医療的ケアを抱える重症児者においては、一旦、施設に入所すると在宅に戻ることは困難であることが実態として考えられる。本調査結果においても、地域移行として在宅に移行したケースはないことが明らかとなっている。そのため、これまで以上に入所児者の生活の質の向上を目指し、より良い支援の提供を展開し続けていくことである。

例えば、日常のケアは当然のことながら、療育活動の充実や外出活動の増加、個々のそれぞれに合ったライフスタイルなど、これまで以上にそれらの実現を目指していく取り組みが必要と考える。その実現に向けては、解決すべき課題が多くあると思われる。また、簡単

に解決できるものでもない。できないという発想ではなく、どうしたらできるか、どのようにしたらできるかというプラス思考で取り組んでいくことが鍵になるのではないかと考える。

次に、有期目的による「中期入所支援」の役割である。本調査結果から、有期目的による入退所が多くあったことから、高齢者の介護老人保健施設のように、病院と在宅とをつなぐような中間施設としての役割を継続していくことが必要と考える。現在は、次子の出産や親の病気等による入所理由が多くあるが、例えば、病院からすぐに在宅は難しいけど、期間を設けて、在宅に帰るためにリハビリや療育、親の手技修得などを目的として入所してもらうといったことも施設の役割やあり方としては重要だと考える。つまり、重症児者施設には、多くの専門職が配置されている。その専門職の専門性を活かして、本人や家族に支援や訓練の提供できれば、病院に長期入院しなくても、在宅生活を送れる方が、より多く実現可能となり（当然のことではあるが、家族等の諸事情、例えば介護力、経済力なども踏まえた上で）、先にも述べた長期入院の課題も軽減できる可能性も考えられる。

最後に、「短期入所支援」である。これについては、どの施設においても在宅支援の一環として実施している。しかしながら、空床利用による入所利用であることから、受入れ人数も限られたり、長期入所との兼ね合いで入所を制限しなければならないことなどの課題も山積みである。在宅で生活している重症児者やその家族にとっては非常に助かる事業でもあり、在宅生活を継続していくことをより可能とする事業でもある。

今後は、短期入所支援の枠を増やすことも検討していく時期にもなるのではないかと考える。つまり、施設入所者の高齢化が進み、退所者が増えていくことが予測される。現在のわが国の施策は在宅生活を中心とした施策である。そのため、より在宅で生活する人たちは多くなり、施設入所もどの程度、入所してくるかは予測がつかない。そのため、空床のところを短期入所や有期目的による入所として利用しながら、在宅生活者の支援に比重をかけることも今後の施設のあり方になるのではないかと考える。

4-1-2. 専門職によるアウトリーチや訪問支援を行うこと

次に、在宅支援の一環として、入所児者の退所後の支援やフォローとして、専門職による訪問支援を行うことである。重症児者施設には、医師や看護師、保育士、介護福祉士、社会福祉士など多くの専門職が配置されている。こうした専門職がもつ知識や技術を施設内だけではなく、必要があれば在宅で生活している重症児者やその家族のところに出向いて、支援を展開していくことも、今後は益々必要になるのではないかと考える。このことについては、本調査結果において、有期目的による入退所が多くあったことから、退所後のフォローアップも含めた支援が、その後の在宅生活の継続性にも繋がるのではないかと考える。つま

り、退所後に関係性が途切れることなく、何らかの形で繋がっておくことが重要と考える。また、施設での面談のみではなく、入所中の方であっても、その方がこれまでに暮らした環境等を知るためにも、時には自宅訪問して、家族面談を行うことも有効かつその後の支援において効果的なことも考えられる。

ここで主張したいのことは、多くの専門職が配置される重症児者施設だからこそ、施設内のみにとどまることなく、地域に出向いて、その知識や技術を提供したり、発信していくことが地域のためになり、地域と共に支援を展開することにもつながると考える。

4-2. 開かれた施設づくりをこれまで以上に行っていくこと

二つ目は、開かれた施設づくりをこれまで以上に行っていくことである。具体的には、地域への情報発信を行っていくこと、地域住民がふれあえる場を施設内で提供すること、である。

4-2-1. 地域への情報発信を行っていくこと

先述した訪問支援やアウトリーチ支援にもつながることになるが、地域住民の方々を対象に重症心身障害のことを理解してもらうということである。例えば、「重症心身障害」とは、どのような状態の人たちで、どのような支援が必要で、どのような実態であるのかなどの情報発信をしていくことである。具体的な方法として、地域包括支援センターが実施しているように、町内会の会合や出前講座を行い、高齢者に関する様々な情報提供を行うことである。ただ、そのことが主目的ではなく、地域の核になる方たちと面識を持ち、関係性を構築していくことで、地域のニーズが把握できたり、地域に埋もれているニーズの早期発見・対応がスムーズになったりすることも事例としてはある。

このように、地域包括支援センターという機関を活用しながら、より地域住民に重症心身障害のことを理解してもらうことで、地域に住む重症児者やその家族のこと気に留めてくれることにもなりやすくなるのではと考える。そうしたことによって、地域を巻き込んだ支援の展開がより拡充されるのではないかと考える。

4-2-2. 地域住民がふれあえる場を施設内で提供すること

地域住民がふれあえる場を施設内で提供することについては、この点は施設設備の問題等が考えられるであろう。しかしながら、施設の空きスペースがあれば、そこに地域住民同士がふれあえる場を提供することで、重症児者施設のこと、重症児者のことを理解してもらうきっかけになる。それを機に、例えば、施設ボランティアを申し出る人がいたり、地域で困っている重症児者の支援につながったりすることにもなるのではないかと考える。さらに、先ほど、地域に出向いて出前講座をすることの必要性などを述べたが、施設という場を提供し、そこで専門職による講座を開いたりすることによって、参加者同士のふれあいにも

つながるのではないかと考える。例えば、リハビリ職による高齢者向けのリハビリ体操、相談職における何でも相談会、医師による病気の基礎知識講座など、である。

また、これからの重症児者施設においては、長期入院やNICU、乳児院などからの後方支援施設であること、また、医療技術の進歩により、医療的ケアを要する人たちの受け入れ施設であること、虐待により重症化した子どもたちの受け入れ施設であることなど、様々なニーズを抱えた人たちの受け皿として、地域と共に支援を展開していくことが必要と考える。そうした支援を展開していくためにも、閉じられた施設よりも、開かれた施設であることが重要であり、そうした施設づくりを行うことが必要である。

以上、重症児者施設が果たすべき役割について述べたが、これら全てを容易に実施できるものではない。しかしながら、入所児者や在宅で生活する重症児者を主体として考え、最善の利益を最優先しながら、できること、可能なことから取り組んでいくことが重症児者施設としての責務であると考ええる。

第5章 おわりに

本研究は、済生会の重症児者施設全 6 施設を対象に、入退所の実態と入退所プロセスの実態について明らかにした。その結果、以下の点が明らかとなった。

（１）入退所のプロセス

- 自施設で待機児者を管理している施設は 4 施設、自施設以外（行政）が待機児者を管理している施設は 2 施設であった。
- 自施設で待機児者を管理している施設では、入所の可否を決定する際には、「医療」に関する項目が鍵となっていた。
- 入所を断った理由や施設の抱える課題についても、「医療」に関することが多かった。
- 可否を決定する会議のメンバーには医療職をはじめ、福祉職、事務職を含めた 10 人以上が参加していることが明らかとなった。
- 自施設以外（行政）が待機児者を管理している施設では、主に施設内に欠員等があった場合に、施設が受け入れられる状態の人を決定し、行政に伝える。その状態像に近い候補児者のリストを施設側に提示をし、その後、施設と行政の協議により決定するプロセスであった。
- 主に長期入院した場合、今後のことについて本人および家族への意思確認について尋ねたところ、本人への意思確認はさらに困難となるため、家族から意向確認を聞くことであった。その際に、本人にとって最善の利益であるかどうかの視点をもつことが重要であるとの意見があった。

（２）新規入所児者の実態

- 入所年齢は全国的な実態調査と似たような傾向にあった。
- 入所理由は新規入所者の年齢によって異なっていたこと。その背景には主介護者の年齢が関係していた。
- 新規入所児者のうち、医療的ケアを受けている人は半数程度にとどまっていた。
- 虐待ケースの大半は主介護者の年齢が 20 歳代であった。
- 有期目的による入所が多かった。

（３）退所児者の実態について

- 退所理由のほとんどが、死亡によるものと有期目的による理由であった
- 施設で死亡した割合は、看取りの場合と急な体調変化等によるものが半数ずつであった

- 退所児者の方が新規入所児者よりも医療的ケアを受けている人数や一人当たりの数が多くあった

（４）今後の展望—重症児者施設が果たすべき役割—

以上の結果から、今後の展望として、重症児者施設が果たすべき役割は、1. 重症児者施設が持つ機能をより拡充すること、2. これまで以上に開かれた施設づくりを行うこと、の2点が重要であると考ええる。

具体例としては、重症児者施設が持つ機能をより拡充することでは、①長期入所、有期目的入所、短期入所の3本柱として、入所支援の充実をはかることである。②退所後のフォロー支援（訪問による支援）として、専門職が地域へ出向くことである。

これまで以上に開かれた施設づくりを目指していくことでは、①出前講座などの開催、地域包括支援センターの活用し、専門職による情報発信を行うことである。②施設の空きスペースを活用した取り組み（実践例：妊婦さん同士の茶話会など）として、地域住民同士がふれあえる場を提供することである。

そして、本研究で残された課題としては、虐待をはじめ、小児科病棟やNICU、乳児院などから入所した個々のケースについて、事例検証をし、入所に至った背景や具体的な要因について明らかにしていきたいと考える。

謝辞

本研究は済生会の重症児者施設全 6 施設を対象に質問紙調査を実施しました。ご多忙の中、本研究に関わる調査にご協力いただきました 6 施設の施設長はじめ、研究協力者ならびに施設職員の皆様に改めて深く感謝申し上げます。6 施設が所属する支部におかれましても、本研究に関わるすべてにおきまして、ご協力を頂きましたことに感謝申し上げます。

また、新型コロナウイルスの影響により、初のオンライン（Zoom）による研究ミーティングを開催いたしました。初めての試みとなりましたが、限られた時間の中で、有意義な検討をすることができました。6 施設の研究協力者に深く感謝申し上げます。

また、当研究所の顧問として、本研究にかかわるご助言やご指導をして頂きました神奈川県立保健福祉大学名誉教授顧問、東京ボランティア・市民活動センター所長山崎美貴子先生におかれましても、深く感謝申し上げます。

そして、このような研究機会や環境を与えて下さった当研究所の炭谷茂所長はじめ、松原了所長代理、山口直人研究部門長、持田勇治上席研究員、原田奈津子上席研究員に感謝致します。

文献一覧

- 1) 松葉佐正：2.重症心身障害の発生頻度と発生原因. 岡田喜篤監修, 井合瑞江, 石井光子, 小沢浩, 小西徹編集, 重症心身障害療育マニュアル, 新版, 医歯薬出版, 東京, 41-46, 2015.
- 2) 全国重症心身障害児（者）を守る会：重症心身障害児者の地域生活の実態に関する調査についての事業報告書. 社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会, 東京, 2011.
- 3) 平元東：医療型障害児入所施設の現状と課題. 小児外科, 47(9), 951-955, 2015.
- 4) 日本医師会小児在宅ケア検討委員会：平成 28・29 年度小児在宅ケア検討委員会報告書. 日本医師会小児在宅ケア検討委員会, 東京, 2018.
- 5) 西垣佳織, 黒木春郎, 藤岡寛, 上別府圭子：在宅重症心身障害児主介護者のレスパイトケア利用希望に関連する要因. 小児保健研究, 73(3), 475-483, 2014.
- 6) 高原翔子, 弓立陽介, 山本智世, 梅木タ里香, 兵部佐代子：医療型短期入所を利用する患者家族の養育負担の現状. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, (11), 303-306, 2016.
- 7) 田中千恵, 佐島毅：在宅重症心身障害者と介護者が望む将来と必要な支援. 日本重症心身障害学会誌, 41(3), 363-370, 2016.
- 8) 岩崎裕治, 家室和宏, 宮野前健, 倉澤卓也, 益山龍雄, 田村正徳：療育施設における医療的ケアの必要な入所児(者)および NICU 長期入院児を含む受け入れ状況等の実態調査. 日本重症心身障害学会誌, 37(1), 117-124, 2012.
- 9) 船本仁一, 森俊彦, 梅原実, 江原朗：長期入院児の在宅医療や重症心身障害児施設等への移行問題. 日本小児科学会雑誌, 117(8), 1321-1325, 2013.
- 10) 障害児入所施設の在り方に関する検討会：障害児入所施設の機能強化をめざして—障害児入所施設の在り方に関する検討会報告書—. 障害児入所施設の在り方に関する検討会, 東京, 2020.
- 11) 三田勝己, 三上史哲, 三田岳彦, 岡田喜篤, 末光茂, 江草安彦：公法人立重症心身障害児施設入所者の個人チェックリストによる実態調査—第Ⅱ報：基本的知的活動・問題行動—. 日本重症心身障害学会誌, 38, 401-412, 2013.
- 12) 三田勝己, 三上史哲, 三田岳彦, 岡田喜篤, 末光茂, 江草安彦：公法人立重症心身障害児施設入所者の個人チェックリストによる実態調査—第Ⅲ報：日常生活活動—. 日本重症心身障害学会誌, 39, 79-92, 2014.
- 13) 平野恵利子, 竹内文生, 柏木公一：重症心身障害児者短期入所の施設種別利用実態—医療型短期入所事業の全国調査から—. 厚生の指標, 65, 38-45, 2018.
- 14) 折口美弘, 末光 茂：在宅重症心身障害児（者）の短期入所（ショートステイ）実態調査. 日本重症心身障害学会誌, 35, 137-142, 2010.

- 15) 吉田護昭：済生会重症心身障害児（者）施設全 6 施設の入所児者の実態およびアセスメントの現状と課題ー令和元年度研究報告書. 社会福祉法人恩賜財団済生会済生会保健・医療・福祉総合研究所, 東京, 2019.
- 16) 全国重症心身障害児（者）を守る会：重症心身障害児施設等一覧（令和 2 年 4 月現在）（日本重症心身障害福祉協会・国立病院機構調べ）.
<https://www.normanet.ne.jp/~ww100092/jyuusyoujisisetuR2.pdf> (2021.3.21 確認)
- 17) 後藤一也, 山本重則, 宮野前健：国立病院機構重症心身障害病棟の医師調査. 日本重症心身障害学会誌, 40(1), 127-134, 2015.
- 18) 石田修一：重症心身障害者医療に求められる主治医像ー医師の専門性・業務内容からー. 医療, 61(1), 726-730, 2007.
- 19) 佐々木征行, 宮野前健, 山本重則, 今井雅由：SMID データベースから見た重症心身障害（児）者の重症化. 医療, 63（11）, 708-713, 2009.
- 20) 三上史哲, 三田岳彦, 三田勝己, 岡田喜篤, 末光茂, 江草安彦：公法人立重症心身障害児施設入所者の実態調査ー性別, 年齢ー. 日本重症心身障害学会誌, 40(1), 117-126, 2015.
- 21) 宮野前健：重症心身障害児（者）の重症化ーポスト NICU 児等受け入れ施設としての重症心身障害児病棟の役割と課題ー. 医療, 63（11）, 715-719, 2009.
- 22) 中村知夫：医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. Organ Biology 27(1), 21-30, 2019.
- 23) 田村正徳：わが国の NICU が抱える喫緊の社会的課題. 医学のあゆみ, 260(3), 201-207, 2017.
- 24) 山邊陽子, 森田啓督, 宮島悠子, 中村和恵, 中村信, 影山操, 山内芳忠, 安藤明子, 間野雅子：国立病院機構における Post-NICU 対象者の検討ーNICU と Post-NICU の現状調査と今後の課題ー. 医療, 65(7), 391-395, 2011.
- 25) 上大輔, 稲見信子, 小八重秀彦, 家室和宏：NICU からの重症児受け入れの現状と課題. 第 18 回重症心身障害療育学会学術集会プログラム抄録集, 54, 2007.
- 26) 子ども虐待防止オレンジリボン運動：子ども虐待について, 統計データ.
<http://www.orangeribbon.jp/about/child/data.php> (2021.1.25 確認)
- 27) 厚生労働省：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 16 次報告）, 概要版.<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000533867.pdf> (2021.1.25 確認)

参考文献一覧

- 船戸正久, 竹本潔, 馬場清, 柏木淳子, 飯島禎貴: NICU の後方支援—療育センターの新たな役割—. 日本小児科学会雑誌, 117(3), 628-932, 2013.
- 池田麻左子: 急性期病院の小児病棟・NICU・GCU の看護師による退院支援の実際と課題—医療的ケアが必要な重症心身障がい児と家族へのかかわりを通して—. 日本小児看護学会誌, 24(1), 47-53, 2015.
- 伊藤陽一: 障害児施策に関する研究—重症心身障害児施設を中心に—. 小池学園研究紀要, 10, 49-61, 2012.
- 今井雅由, 宮野前健, 山本重則, 佐々木征行, 三田勝己, 中村友亮, 丸尾和司: 重症心身障害データベースの構築・利活用の在り方と政策提言に関する研究. 日本重症心身障害学会誌, 42(2), 215, 2015.
- 岩崎裕治: 重症心身障害に対する医療・支援の現状. 小児保健研究, 73(2), 240-242, 2014.
- 川口真実, 綿祐二: 重症心身障害児施設におけるケアの実践に関する一考察—福祉職と看護職の意識と実践評価の差異の検討—. 文京学院大学人間学部研究紀要, 10(1), 183-197, 2008.
- 古賀義, 久田則夫, 亀山光子: 重症心身障害児施設における援助のあり方に関する職員への意識調査. 幼児教育, 13, 50-64, 1997.
- 国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部: 重症心身障害児・者の医療的ケア等に関する調査—結果報告書—. 1-23, 2017.
- 楠田聡, 山口文佳, 田村正徳: NICU 長期入院児の動態調査. 日本小児科学会雑誌, 117(7), 1103-1109, 2013.
- 増田樹郎: 重症心身障害児・者の在宅支援の諸課題—静岡県における実態調査を踏まえて—. 障害者教育・福祉学研究, (6), 19-25, 2010.
- 三上史哲, 三田勝己, 岡田喜篤, 末光茂, 江草安彦: 公法人立重症心身障害児施設入所児 (者) の実態調査の分析—大島の分類からみた施設入所児 (者) の推移—. 日本重症心身障害学会誌, 32(3), 295-307, 2007.
- 三上史哲, 三田勝己, 平元東, 岡田喜篤, 末光茂, 江草安彦: 公法人立重症心身障害児施設入所児 (者) の実態調査の分析—病因発生原因とその経年的変化—. 日本重症心身障害学会誌, 33(3), 311-326, 2008.
- 岡村俊彦: 国立病院機構における重症心身障害児 (者) の入所支援および在宅支援の課題. 医療, 68(5), 255-259, 2014.
- 大久保さつき: 東京都の NICU 等における長期入院に係る実態調査. 小児保健研究, 61(6), 841-847, 2002.
- 折口美弘, 中村博志: 重症心身障害児 (者) の死因に関する研究—主要死因と年齢との関係—. 医療, 52 (1), 17-20, 1998.
- 佐々木征行: 重症心身障害ネットワーク・システムの役割と有用. 医療, 61 (11), 709-714, 2007.

- 佐々木征行：医師にとっての重症心身障害医療の魅力．日本重症心身障害学会誌，34(1)，89-92，2009．
- 椎原弘章：重症心身障害児(者)の概念と実態．小児内科，40，1564-1568，2008．
- 末光茂：重症心身障害児施設での『(準) 超重症児』の実態と地域連携・地域支援の取り組み
日本周産期・新生児医学会雑誌，42(4)，826-830，2006．
- 杉本健郎，河原直人，田中英高，谷澤隆邦，田辺功，田村正徳，土屋滋，吉岡章：超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点—全国 8 府県のアンケート調査—．日本小児科学会雑誌，112(1)，94-101，2008．
- 鈴木俊治：NICU 後方支援施設の充実をめざして．日本周産期・新生児医学会雑誌，42(4)，812-814，2006．
- 鈴木俊治，朝倉啓文，茨聡，杉山力一，前村俊満，塚原優己，田中政信，西野英男，松岡幸一郎，長田久夫，金杉浩，竹内正人，中田高公，松原茂樹，高桑好一，谷昭博，多田裕，椋棒正昌，高橋克幸，清川尚，坂元正一：全国 NICU における長期入院例の検討．日本周産期・新生児医学会雑誌，41(4)，837-842，2005．
- 多田羅勝義，石川悠加，今井尚志，神野進，西間三馨，福永秀敏：国立病院機構施設における長期人工呼吸器の実態調査．医療，59 (8)，427-432，2005．
- 多田羅勝義，石川悠加，今井尚志，河原仁志，神野進，西間三馨，福永秀敏：国立病院機構施設における長期人工呼吸器の実態調査—第二報—．日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌，17 (1)，57-62，2007．
- 徳永修：私たちが取り組んできた重症心身障害医療—その変遷と現状—．医療，72(5)，213-218，2017．

資料

(調査票)

重症心身障害児(者)施設における入退所児者の実態調査

【ご回答のお願い】

重症心身障害児(者)施設(以下、「重症児者施設」)における入退所児者の実態について、3 種類(施設調査、新規入所児者の個別調査、退所児者の個別調査)の調査票があります。それぞれの調査票につきまして、ご回答の程、よろしくお願い致します。

【調査概要】

全国には重症心身障害児(者)(以下、「重症児者」)が推計で 43,000 人いる。そのうち、在宅が 28,000 人、施設入所が 15,000 人となっている。在宅介護においては、例えば、医療的ケアに対する介護者の負担増大、主介護者の高齢化、養育能力の欠如、児童虐待(疑いも含む)などによって、重症児者施設に入所せざるを得ないこともある。在宅生活をしている重症児者やその家族にとっては、貴重な施設である。

こうした背景のなか、令和元年(2019 年)度、済生会の重症心身障害児(者)施設全 6 施設(以下、「6 施設」)の実態について調査を実施した。そのなかで、6 施設の入退所の全体的な傾向を明らかにしたが、入退所児者一人一人の入退所に至るプロセスまでを明らかにすることはできていない。

本研究は、済生会の重症児者施設全 6 施設を対象に、新規入所および退所した重症児者個々の入退所経緯の実態と入退所を決定する仕組みの実態について明らかにする。調査の結果から、今後の展望を含め、施設が果たすべき役割や使命について考察する。

【個人情報保護】

本調査は、済生会保健・医療・福祉総合研究所の倫理委員会によって承認されています。本調査の回答につきましては、済生会保健・医療・福祉総合研究所内にて厳重に管理をします。また、本研究の目的以外に使用することは一切ありません。

本調査で得られた結果や分析等は、報告書に取りまとめ本会ホームページ上で公開するとともに、専門の学会または学術雑誌等においても公表いたします。その際、施設名や個人に関する情報が公開または特定されることが一切ありません。

調査協力の同意については、調査票の提出をもって同意したものとみなします。

調査についてご質問等ある場合、お手数ですが、下記までご連絡ください。

ご協力のほど、どうぞよろしくお願い致します。

令和 2 年 9 月 29 日

【本調査に関する問い合わせ先】

済生会保健・医療・福祉総合研究所

研究員 吉田護昭

〒108-0073

東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 26 階

TEL:03-3454-3315

FAX:03-3454-5022

Email:m.yoshida@saiseikai.or.jp

記入日	令和 年 月 日
施設名	
回答者	
職 名	

施設調査(調査票①)

調査票①の回答につきましては、「令和2年4月1日時点」での記入をお願い致します。

I.「貴施設の概況」

(1) 入所定員および入所利用者数(実人数)について、ご記入下さい。

① 入所定員 人 ② 入所利用者数(実人数) 人

(2) 貴施設の所在する人口規模について、下記の中から、あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい。

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 指定都市・特別区 | 4. 市 (10 万人未満) |
| 2. 中核市・特例市 | 5. 町村 |
| 3. 市 (10 万人以上) | 6. その他 () |

(3) 貴施設の所在する同じ地域(市区町村)内に、重症児者施設はいくつありますか。
※自施設も含めた数を記入して下さい。

公法人立 施設 国立病院機構 (重症児病棟) 施設

(4) 貴施設の所在する都道府県内に、重症児者施設はいくつありますか。
※自施設も含めた数を記入して下さい。

公法人立 施設 国立病院機構 (重症児病棟) 施設

(5) 貴施設の居室環境について、お答え下さい。

1. 個室	室	4. 6 人部屋	室
2. 2 人部屋	室	5. その他	室
3. 4 人部屋	室	↓ 自由記述	
		()	

Ⅱ. 新規入所児者の「入所プロセス」

(1) 貴施設では「入退所の調整や相談等の窓口として対応している職員」は何名いますか。

名

(1)－2 (1)で回答した人の「基礎資格」について、あてはまる番号すべてに○をつけて下さい。

- | | |
|----------|------------|
| 1. 看護師 | 4. 社会福祉士 |
| 2. 保育士 | 5. 精神保健福祉士 |
| 3. 介護福祉士 | 6. その他 () |

(2) 「入所待機児者の管理」(どちらか1つに○をつけて下さい)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. 自施設で管理している | →選択した場合 設問(3)～(7) |
| 2. 自施設では管理していない | →選択した場合 設問(8)～(13) |

「1. 自施設で管理している」と回答した施設

設問(3)～(7) を回答して下さい

(3) 貴施設では、新規入所児者の「入所可否を決定する会議」を開催していますか。

(どちらか1つに○をつけて下さい)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 開催している | 2. 開催していない |
|-----------|------------|

「1. 開催している」と回答した施設 ⇒ 設問(3)－2 ～ (3)－5を回答して下さい。

(3)－2 入所可否を決定する会議の「目的」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

- | |
|--|
| 1. 入所待機児者として登録するため |
| 2. 空床等が生じ、入所待機児者名簿から対象児者を選定し、新規入所児者として受入れるため |
| 3. その他 () |

(3)－3 入所可否を決定する会議の「参加人数」について、お答え下さい。

参加人数

人

(3)－4 参加者全員の「基礎資格(役職または職種)」について、お答え下さい。(自由記述)

(例) 医師(施設長)、保育士(療育主任)、看護師(看護師長)、介護福祉士(サービス管理責任者)

(3)－5 入所可否を決定する会議の「開催頻度」 (回答例:月に○回、週に○回など)

開催頻度

回

(4) 貴施設では、入所可否を決定するための「評価基準(判定基準)」はありますか。

(どちらか1つに○をつけて下さい)

1. ある

2. ない

「1. ある」と回答した施設 ⇒ 設問(4)－2 ～ (4)－4 を回答して下さい。

「2. ない」と回答した施設 ⇒ 設問(4)－4 を回答して下さい。

(4)－2 その「評価基準(判定基準)」は、どこの機関が作成したものですか。

(あてはまる番号1つに○をつけて下さい)

1. 施設独自で作成したもの

2. 貴施設の所在地である市区町村の行政機関が作成したもの

3. その他 ()

(4)－3 その「評価基準(判定基準)」には、どのような項目がありますか。(自由記述)

(4)－4 どのように「入所可否の決定」をしていますか、具体的にお答え下さい。(自由記述)

- (例)・評価基準(判定基準)の項目が点数化されており、合計点により決定している。
- ・評価基準(判定基準)はないが、入所希望者の(アセスメント)情報を参考に、会議の参加メンバーからの意見や見解等を述べ、当施設で対応可能か否かを協議し、最終決定は施設長の判断としている。

(5) 空床等が生じ、新規入所として入所待機児者名簿から入所の対象児者を選定されると思いますが、貴施設ではどのようにして、名簿から対象児者を選定していますか。(自由記述)

- (例)・待機児者名簿の登録順に希望の有無の声かけをし、希望有と返答した方を入所の対象児者として選定する。
- ・待機児者名簿の登録順に関係なく、空床が生じた部屋や病棟に合わせて(男女や状態像など)、希望の有無を電話連絡等で確認し、選定する

(6) 貴施設において、「入所希望の相談(依頼)を受理してから入所するまで」のプロセスの概要について、教えてください【回答例のような記述でも構いません】。(自由記述)

- (例) 入所希望の相談受理⇒情報の整理⇒入所可否の会議⇒入所可⇒自施設の入所待機児者登録名簿へ登録⇒空床が生じる⇒入所待機児者名簿から対象児者へ声かけし選定(登録年月日順または優先順位)⇒選定した対象児者のアセスメント⇒入所

(7) 過去 5 年間(平成 27 年 4 月～令和 2 年 3 月)、入所可否における会議で「入所否」と決定したケースはありますか。(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

1. ある

2. ない

「1. ある」と回答した施設 ⇒ 設問(7)－2 ～ (7)－3 を回答して下さい。

(7)－2 その件数をお答え下さい。

件

(7)－3 「入所否」となった理由等について、具体的に教えて下さい。(自由記述)

**「2. 自施設では管理していない」と回答した施設
設問(8)～(13)を回答して下さい**

(8) 入所待機児者の管理は、どこの機関が管理していますか。

(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. 市区町村	2. 都道府県	3. その他 ()
---------	---------	------------

※以下、設問(9)～(13)は、候補児者を決定(選定)するための会議を開催していることを前提に質問をします。

(9) 候補児者を決定(選定)する会議の「参加者人数」

参加者人数 名

(10) どのような方が参加していますか。(自由記述)

(11) 会議の「開催頻度」 (回答例:月に〇回、週に〇回など)

開催頻度 回

(12) 候補児者を決定するための「評価基準(判定基準)」はありますか。

(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

1. ある 2. ない

「1. ある」と回答した施設 ⇒ 設問(12)-2 ～ (12)-3 を回答して下さい。

(12)-2 その「評価基準(判定基準)」は、どの機関が作成したものですか。

(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

１．市区町村が作成したもの
 ２．都道府県が作成したもの
 ３． その他（ ）

(12)－3 その「評価基準(判定基準)」には、どのような項目がありますか。(自由記述)

(13) 貴施設に入所する候補児者は、どのようにして決められていますか。具体的に教えてください。(自由記述)

共通設問

- (14) 待機児者(または候補児者)に、入所の声かけをしてから入所日まで、平均で、どのくらいの期間を要しますか。

平均：

- (15) 過去 5 年間(平成 27 年 4 月～令和 2 年 3 月)、「入所が決定した後」に、本人または家族から「入所辞退の申し出」がありましたか。(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

1. あった

2. なかった

「1. あった」と回答した施設 ⇒ 設問(15)－2 ～ (15)－3 を回答して下さい。

- (15)－2 その件数をお答え下さい。

件

- (15)－3 入所辞退の理由等について、具体的に教えて下さい。(自由記述)

- (16) 過去 5 年間(平成 27 年 4 月～令和 2 年 3 月)、「入所の相談や依頼の段階」で入所を断ったケースはありますか。(入所可否の会議に取り上げることなく、断ったケース)
(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

1. ある

2. ない

「1. ある」と回答した施設 ⇒ 設問(16)－2を回答して下さい。

(16)－2 どのような理由で断ったのか、分かる範囲で教えてください。その際、誰と、どのようにして、断ることを決めたのか、についても教えてください。(自由記述)

(17) 虐待等の「緊急一時保護」による入所依頼があった場合は、誰と、どのようにして、入所可否を決定していますか、具体的にお答え下さい。(自由記述)

(例)・臨時もしくは緊急の入所可否の会議を開催し、受入れの決定をする。

(18) 新規で 18 歳以上の人を受入れる際の対応について、下記の中から、あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい。

1. 18歳以前に疾病・外傷等により、重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した者（重症心身障害）に限って入所の受入れをしている
2. 18歳以上で中途障害により重症心身障害状態になった者は「療養介護」の対象者と認定されれば、入所の対象者として受け入れている
3. 上記1. 2. の両方のケースを受入れている
4. その他（ ）

(19) 新規入所児者の「入所プロセス」において、貴施設が抱えている課題がありましたら、具体的に教えて下さい。(自由記述)



Ⅲ. 入所児者の「退所プロセス」

※入所児者が貴施設以外の病院に入院(長期入院や治療入院も含む)した場合のことについて、お尋ねします。

(1) 入所児者が貴施設以外の病院に入院した際、入所児者の面会をしていますか。

(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

1. 面会を実施している	2. 面会を実施していない
--------------	---------------

↓

「1. 面会を実施している」と回答した施設 ⇒ 設問(1)－2 ～ (1)－4を回答して下さい。

(1)－2 「面会に行く職員」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

1. サービス管理責任者	5. 児童指導員
2. 児童発達支援管理責任者	6. 介護福祉士
3. 看護師	7. 施設長
4. 保育士	8. その他 ()

(1)－3 「面会の頻度」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. 毎日	4. 2週間に1回
2. 週2～3回	5. 月1回
3. 週1回	6. その他 ()

(1)－4 「面会時の内容」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

1. 入院期間中の被服等の準備	4. 身の回りの支援
2. 入所児者本人の相談支援	5. 病院職員との連絡調整等
3. 入所児者家族との相談支援	6. その他 ()

(2) 入院が長期化する場合、今後のことについて、本人やその家族と面談等を通して、意思確認をしていますか。

① 本人への意思確認

1. している	2. していない
---------	----------

② 家族への意思確認

1. している	2. していない
---------	----------

- (3) 入院が長期化した場合の退所に限らず、全般的に、退所を進めていくプロセスにおいて、「本人の意思確認が困難な場合」、どのようにして、本人の意思確認をしていますか、または工夫していますか、具体的に教えて下さい。(自由記述)

- (4) 入院の長期化または入院の長期化が予測されるケースの場合、貴施設では、「入所児者の退所の有無について検討する会議」を開催していますか。

(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

1. 開催している

2. 開催していない

「1. 開催している」と回答した施設 ⇒ 設問(4)－2 を回答して下さい。

「2. 開催していない」と回答した施設 ⇒ 設問(4)－3 を回答して下さい。

- (4)－2 会議のメンバー構成について、お答え下さい。

メンバーについては「基礎資格(役職または職種)」をご記入下さい。(自由記述)

(例) 医師(施設長)、保育士(療育主任)、看護師(看護師長)、介護福祉士(サービス管理責任者)

(4)－3 どのような方法で、入所児者の退所の有無について検討していますか。(自由記述)

(5) 入院が長期化した場合の退所に限らず、全般的に、入所児者の「退所プロセス」において、貴施設が抱えている課題がありましたら、具体的に教えて下さい。(自由記述)

以上で、「施設調査(調査票①)」は終わりになります。
ありがとうございました。

※引き続き、新規入所児者(調査票②)および退所児者(調査票③)の個別調査のご回答をお願い致します。

新規入所児者

(1) 入所前に所在していた「所在地」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | | |
|---------------|-------------------|----------|
| 1. 貴施設と同じ市区町村 | 2. 貴施設が所在する市区町村以外 | 3. 他都道府県 |
|---------------|-------------------|----------|

(2) 「性別」(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

設問(3)～(10)は、「入所した時点(入所日)」の状況で、ご回答して下さい。

(3) 「年齢」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | | |
|------------|-------------|-------------|
| 1. 0～2 歳 | 7. 18～20 歳 | 13. 40～44 歳 |
| 2. 3～5 歳 | 8. 21～23 歳 | 14. 45～49 歳 |
| 3. 6～8 歳 | 9. 24～26 歳 | 15. 50～54 歳 |
| 4. 9～11 歳 | 10. 27～29 歳 | 16. 55～59 歳 |
| 5. 12～14 歳 | 11. 30～34 歳 | 17. 60～64 歳 |
| 6. 15～17 歳 | 12. 35～39 歳 | 18. 65 歳以上 |

(4) 「大島分類」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|--------|------------|
| 1. 1 群 | 4. 4 群 |
| 2. 2 群 | 5. その他 () |
| 3. 3 群 | |

(5) 「障害支援区分」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|---------|------------|
| 1. 区分 6 | 3. 区分 4 |
| 2. 区分 5 | 4. その他 () |

※「児童」の場合は、「その他」で回答して下さい。

(6) 「超重症児者」又は「準超重症児者」の有無(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | | |
|----------|-----------|----------|
| 1. 超重症児者 | 2. 準超重症児者 | 3. 該当しない |
|----------|-----------|----------|

(7) 「人工呼吸器管理」の有無(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|-------|
| 1. あり | 2. なし |
|-------|-------|

(8) 「気管切開」の有無(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|-------|
| 1. あり | 2. なし |
|-------|-------|

(9)「主要病因(原因)」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 感染・中毒 | 7. 分娩異常 |
| 2. 代謝異常 | 8. 新生児期の異常 |
| 3. 母体の疾患 | 9. 外因性障害 |
| 4. 不明の出生前の要因 | 10. 症候性障害 |
| 5. 染色体異常 | 11. 不明 |
| 6. 特殊型・その他 | 12. その他 () |

(10)「医療的ケア」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 人工呼吸器 | 7. 中心栄養静脈 (IVH) |
| 2. 気管内挿管・気管切開 | 8. 経管栄養 |
| 3. 鼻咽頭エアウェイ | 9. 腸瘻・腸管栄養 |
| 4. 酸素吸入 | 10. 定期導尿 |
| 5. たん吸引 | 11. 人工肛門 |
| 6. ネブライザー | 12. その他 () |

(11)「入所前の生活の場」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. 自宅 | 6. 障害児入所施設 (医療型) |
| 2. 病院 (小児科病棟) | 7. 障害児入所施設 (福祉型) |
| 3. 病院 (NICU) | 8. 障害者支援施設 |
| 4. 病院 (療養介護) | 9. グループホーム |
| 5. 乳児院 | 10. その他 () |

(12) 入所前において、貴施設または貴法人で実施しているサービス事業を利用していましたか。(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

「1. はい」と回答した施設 ⇒ 設問(12)－2を回答して下さい。

(12)－2「サービス事業」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 短期入所 | 4. 医療型児童発達支援 |
| 2. 生活介護 | 5. その他 () |
| 3. 放課後等デイサービス | |

(13) 「入所依頼経路」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------------------|------------|
| 1. 家族 (親族含む) | 4. 行政機関 |
| 2. 児童相談所 | 5. 相談支援事業所 |
| 3. 病院 | 6. その他 () |
| (地域連携室、医療相談室等を含む) | |

(14) 入所における「契約」又は「措置」(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 契約 | 2. 措置 |
|-------|-------|

(15) 「入所理由」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

- | |
|----------------------|
| 1. 重症児者本人の重度化・重症化 |
| 2. 介護者の高齢化 |
| 3. 介護者の病気等 |
| 4. 家族構成の変化 (離婚や死亡など) |
| 5. 医療的ケアの追加による在宅介護困難 |
| 6. 在宅移行困難 |
| 7. 他の家族の育児や介護 |
| 8. 虐待 |
| 9. その他 (:) |

「8. 虐待」と回答した施設 ⇒ 設問(15)－2を回答して下さい。

(15)－2 「虐待内容」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

- | | |
|----------|------------|
| 1. 身体的虐待 | 4. 心理的虐待 |
| 2. 性的虐待 | 5. 経済的虐待 |
| 3. ネグレクト | 6. その他 () |

(16) 新規入所児者の「主介護者」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|------------|
| 1. 父親 | 4. 祖母 |
| 2. 母親 | 5. その他 () |
| 3. 祖父 | 6. 不在 |

(17) (16)で選択した主介護者の「年齢」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|----------|------------|
| 1. 20 歳代 | 4. 60 歳代 |
| 2. 30 歳代 | 5. 70 歳代 |
| 3. 40 歳代 | 6. その他 () |
| 4. 50 歳代 | |

(18) 「主介護者以外の支援者」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

1. 父親	6. 甥
2. 母親	7. 姪
3. 祖父	8. 後見人
4. 祖母	9. その他 ()
5. 兄弟姉妹	10. 不在

(19) 入所前における新規入所児者の「在宅期間」、「施設入所期間」、「病院入院期間」
(把握できている範囲で構いません)

*把握できていない場合や該当しない場合は に、斜め線を記入して下さい。

① 在宅期間: 約 年 か月

② 施設入所期間: 約 年 か月

③ 病院入院期間: 約 年 か月

退所児者

(1) 退所児者の「出身地」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | | |
|---------------|-------------------|----------|
| 1. 貴施設と同じ市区町村 | 2. 貴施設が所在する市区町村以外 | 3. 他都道府県 |
|---------------|-------------------|----------|

(2) 「性別」(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

設問(3)～(8)は、「退所した時点(退所日)」の状況でご回答下さい。

(3) 「年齢」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | | |
|------------|-------------|-------------|
| 1. 0～2 歳 | 7. 18～20 歳 | 13. 40～44 歳 |
| 2. 3～5 歳 | 8. 21～23 歳 | 14. 45～49 歳 |
| 3. 6～8 歳 | 9. 24～26 歳 | 15. 50～54 歳 |
| 4. 9～11 歳 | 10. 27～29 歳 | 16. 55～59 歳 |
| 5. 12～14 歳 | 11. 30～34 歳 | 17. 60～64 歳 |
| 6. 15～17 歳 | 12. 35～39 歳 | 18. 65 歳以上 |

(4) 「大島分類」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|--------|------------|
| 1. 1 群 | 4. 4 群 |
| 2. 2 群 | 5. その他 () |
| 3. 3 群 | |

(5) 「障害支援区分」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|---------|------------|
| 1. 区分 6 | 3. 区分 4 |
| 2. 区分 5 | 4. その他 () |

※児の場合は、「その他」で回答して下さい。

(6) 「超重症児者」および「準超重症児者」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

- | | | |
|----------|-----------|----------|
| 1. 超重症児者 | 2. 準超重症児者 | 3. 該当しない |
|----------|-----------|----------|

(7) 「人工呼吸器管理」の有無(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|-------|
| 1. あり | 2. なし |
|-------|-------|

(8) 「気管切開」の有無(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

- | | |
|-------|-------|
| 1. あり | 2. なし |
|-------|-------|

(9) 「主要病因(原因)」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. 感染・中毒	7. 分娩異常
2. 代謝異常	8. 新生児期の異常
3. 母体の疾患	9. 外因性障害
4. 不明の出生前の要因	10. 症候性障害
5. 染色体異常	11. 不明
6. 特殊型・その他	12. その他 ()

(10) 退所した時点における「医療的ケア」(あてはまる番号すべてに○をつけて下さい)

1. 人工呼吸器	7. 中心栄養静脈 (IVH)
2. 気管内挿管・気管切開	8. 経管栄養
3. 鼻咽頭エアウェイ	9. 腸瘻・腸管栄養
4. 酸素吸入	10. 定期導尿
5. たん吸引	11. 人工肛門
6. ネブライザー	12. その他 ()

(11) 「退所理由」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. (貴施設での) 死亡退所	→選択した場合(12)～(13)
2. (貴施設以外の病院での) 死亡退所	→選択した場合(14)～(16)
3. その他 ()	→選択した場合(17)

**1. 「(貴施設での)死亡退所」と回答した場合
設問(12)～(13)を回答して下さい**

(12) 「看取り」実施の有無(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. 看取りを実施した	2. 看取りを実施していない
-------------	----------------

(13) 死亡後の「身元引受人」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. 父母	5. 成年後見人 (第三者)
2. 祖父母	6. 不在
3. 兄弟姉妹	7. その他 ()
4. その他親族	

「2. (貴施設以外の病院での)死亡退所」と回答した場合

設問(14)～(16)を回答して下さい

(14) 「死亡した場所」(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. 同法人の病院
2. 貴施設が所在する同じ市区町村内の病院
3. 貴施設が所在する都道府県内の病院
4. 都道府県外の病院
5. その他 ()

(15) 病院に入院してから死亡に至るまでの「入院期間」

(あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい)

1. 2週間～1か月
2. 1か月～2か月
3. 2か月～3か月
4. 3か月～6か月
5. 6か月～1年
6. その他（ ）

(16) 入院期間中に、入院先の病院から「退院に関する話」がありましたか。

(どちらか 1 つに○をつけて下さい)

※この設問での「退院に関する話」とは、退院して貴施設に戻ることを意味します。

1. あった 2. なかった

「3. その他」と回答した場合

設問(17)を回答

(17) 「具体的内容」について、教えてください。(自由記述)

「済生会重症心身障害児（者）施設全 6 施設の入退所の実態と今後の展望」
令和 2 年度 研究報告書

令和 3 年 3 月

社会福祉法人 恩賜
財団 済生会

済生会保健・医療・福祉総合研究所
研究員 吉田護昭

〒108-0073

東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 26 階

TEL : 03-3454-3315

FAX : 03-3454-5022

Email : m.yoshida@saiseikai.or.jp