



# JL NEWS

Japan League on Developmental Disabilities

2017  
September

NO. 113

SSKP

特集

## 医療的ケアを必要とする人への支援を広げよう

全国手をつなぐ育成会連合会政策センター委員 / JL NEWS 編集委員長

又村 あおい

近年、日常的に医療的なケアを必要とする子どもや成人（以下、医療的ケア児者）への支援がマスコミ等で取り上げられる機会が増えてきました。医療的ケア児者の多くは知的・発達障害を有しており、複合的な生活課題を抱えています。

### 医療的ケア児者と重心認定

障害福祉制度をある程度ご存知の方であれば、「医療的ケア」と聞くと脳性まひや遺伝疾患等による、重度の知的障害と肢体不自由が重複した障害状況、いわゆる「重症心身障害（以下、重心）」のことを思い浮かべるのではないかと思います。

もちろん、現在でも重心認定を受けている人は以前と変わらない水準ですし、その中には医療的ケア児者も一定数おられます。一方で、近年になって課題が浮き彫りになっているのは、重心認定が受けられないタイプの医療的ケア児者です。こうした人たちは、気管切開や呼吸器管理、頻回の注射投薬といった身体生命を維持するための医療的ケアが不可欠である反面、必ずしも重度の知的障害や肢体不自由であるとは限らないため、重心認定を受けることができません。（表1参照）

医療的ケアがあるにも関わらず重心認定が受けられないということは、福祉サービスの利用に大きな制約となります。現在の障害福祉サービス報酬は、重心認

表1：医療的ケア児者と重心認定基準との比較

	医療依存度	肢体不自由	知的障害
重症心身障害 (重心)	医療依存度が高い者と 低い者が混在 (医療依存度は条件ではない)	重度の肢体不自由で あることが条件	重度の知的障害で あることが条件
医療的ケア (高度医療依存)	例外なく医療依存度が 極めて高い	肢体不自由で あるとは限らない (内部機能障害などの者も)	重度の知的障害で あるとは限らない (知的障害は軽度またはない者も)

※重心の認定は「重度の肢体不自由」「重度の知的障害」が重複していることが要件

定の有無で大きな差を設けており、その背景には医療スタッフの配置基準があります。重心認定児者が利用するサービス（以下、重心型サービス）には看護師等の医療スタッフの配置が義務付けられており、その分報酬は高い水準となっているわけです。（表2参照）

表2：重心認定と報酬等の関係（児童発達支援の場合）

事業類型	基本報酬	職員配置基準
一般型	620 単位 (10人以下)	管理者・児童発達支援管理責任者・保育士、指導員
重心型	1,608 単位 (5人以下)	管理者・児童発達支援管理責任者・保育士、指導員・嘱託医・看護師・機能訓練担当職員

※基本報酬による比較なので、実際には加算等で変動あり

医療的ケア児者については、当然ながら看護職員の配置が不可欠となりますが、これらの配置は重心型サービスのみに義務付けられており、重心認定を受けていないと受入れが困難です。厳密に言えば、重心型サービスで重心認定のない人を受け入れることも可能ですが、その場合は報酬が一般型と同じになります。これでは事業所側の運営が成り立たません。もちろん、地域の幼稚園や保育所、学校などに看護職員が配置されている可能性が極めて低いため、幼稚園などでの受入れなどは望むべくもありません。

このように、重心認定を得られない医療的ケア児者は、限りなく行き場のない状態に追い込まれやすいというリスクがあるといえるでしょう。

## 医療的ケア児者の実態

それでは、医療的ケア児者はどれくらいの人数がいるのでしょうか。実は、医療的ケアに関する正式な統計データは存在せず、さまざまなデータから推測するしかありません。

1つの手がかりとして、文部科学省が公表している、特別支援学校や地域の小中学校に在籍する医療的ケアを要する児童生徒数があります。それによると、平成26年度には特別支援学校で7,774名、地域の小中学校で976名の医療的ケア児がおり、明確な増加傾向にあります。（表3）

また、人工呼吸器を付けている子どもの数も急増しており、医療保険の実績から調べると、平成17年度には264名だったものが、27年度には3,069名となっており、わずか10年で12倍弱の増加率となっています。こうした中で、先述のとおり重心認定を得られない子どもがどれくらい存在するのかわかりませんが、世田谷区における個別聞き取り調査では、約30%の子どもが重心認定には当たらない状況という結果が出ています。

厚生労働省の科学研究事業である「小児在宅医療推進のための研究班」では、文科省のデータなども踏まえつつ、医療的ケア児者を17,000人程度と推計しており、世田谷区の調査結果を重ね合わせると、そのうちの5,000人以上は重心認定を得られないこととなります。決して見過ごすことのできない人数といえるでしょう。

表3：学校における医療的ケア児の在籍

	平成24年度		平成26年度
特別支援学校	7,531	→ 一貫して増加	7,774
地域小中学校	838		976

単位：人

## 求められる取組み

それでは、医療的ケア児者支援に対して求められる取組みは何でしょうか。主な項目を以下にまとめました。

### 【医療的ケア児者支援に求められる取組み】

- 1 医療的ケア児者については一律に重心扱いとする
- 2 医療的ケアを提供できる短期入所事業所を整備する
- 3 訪問看護を幼稚園、保育所、学校にも派遣する
- 4 成人期のサービスにも重心加算を設定する

医療的ケア児者と重心の認定は重なりつつも異なるものですから、本来であれば医療的ケアに関する認定基準を設けることが求められます。しかし、そのためには法改正が不可欠であり、ある程度の時間が必要なことから、現に困っている人たちは待ちきれません。そこで、当面の措置として医療的ケア児者であることが診断書等で確認できる場合には、知的障害や肢体不自由がなくても重心扱いするといった運用の改善が必要です。具体的には、健康保険の診療報酬において、特に高度な医療処置を必要とする児童への加算（超重症児加算）の仕組みを活用する方法が考えられます。

つまり、知的障害や肢体不自由の状態ではなく、医療的ケアの軽重によって支援の必要性を測るという考え方です。ただし、超重症児加算の算定基礎には運動機能の判定が含まれているため、医療的ケア児者の判定に活用する際には外す必要があります。

その上で、医療的ケア児者が利用可能な、看護職が配置されている短期入所や生活介護事業所を増やしていくことが重要です。短期入所に関しては、現実的に医療的ケア児者の受入れは医療機関や療養介護事業所（診療所が併設された、重心対応の入所施設）が担っていますが、特に医療機関では通常の入院と比べて短期入所の報酬が著しく低い水準となっているため、積極的に受け入れれば受け入れるほど赤字が拡大してしまう課題が指摘されています。そのため、たとえば短期入所の報酬とは別に医療保険の入院報酬も請求できる仕組みを導入するなどして、医療機関における受入

れを促進する必要があります。

一方、生活介護に関しては、児童期のサービスには設定されている重心専用報酬単価（看護職配置を前提とした単価）が設定されていないという課題があります。確かに、生活介護は障害支援区分が重度の者が利用すると報酬単価が上がる仕組みですが、看護職配置が必須ではありませんので、報酬額としては不十分です。やはり、成人期の日中活動を支えるサービスにも、重心や医療的ケア者を受け入れることができるよう、特別な加算を設定すべきでしょう。

また、医療的ケアがあったとしても、できる限り生まれ育った地域の幼稚園、保育所、学校などへ通うことが基本です。その実現には、今のところ自宅への派遣に限定されている訪問看護を、保育所や学校など居宅以外にも派遣できる運用や、派遣回数や時間の拡大も必要となります。

この他にも、地域の学校における医療的ケア児受入れ（看護職の配置または巡回）、専門的な医療機関の整備、グループホームにおける受入れや相談支援事業における医療的ケア児者への対応など、課題は山積していますが、まずは「医療的ケアを必要とする人」のことを知り、その生活課題を共有することが重要ではないかと思います。

### ※参考文献

公益社団法人日本医師会

「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等」

厚生労働省科学研究事業

「小児在宅医療推進のための研究班」報告書