

## 肢体不自由児施設の現状と役割

信濃医療福祉センター整形外科

朝 貝 芳 美

**要 旨** 肢体不自由児施設は全国に 62 施設(2007 年)あり、東京大学整形外科第 2 代教授故高木憲次先生が 1942 年東京に整肢療護園を開設して以来 66 年の歴史があり、我が国独自の世界に誇れる医療、教育、保健、福祉が連携した施設群で、全施設特別支援学校を併・隣設しており、我が国整形外科の本流であり、リハビリテーションの源流といえる。しかしその役割は時代とともに移り変わり、近年の少子化、周産期医療の進歩など社会情勢の変化や障害者自立支援法の制定により障害児をとりまく環境は大きく変化し、障害の重度重複化、多様化、自閉症などの発達障害児の増加、家族関係の崩壊や核家族化を背景とした育児能力の低下、被虐待児の増加など多くの課題を抱えている。障害児療育に係るものは時代の流れを敏感に察知し対応することが求められ、時代の流れの中で障害児の子育てを支援する社会のセイフティーネットとしての療育の役割は益々重要となってきた。それぞれの地域で地域の特長を生かした療育が実践されている。肢体不自由児施設は児の能力を最大限伸ばすための医療、リハビリテーション、家族支援を実践しており、専門的療育のマンパワーは障害種別を越えて地域の療育ネットワークの中心となっている。

小児整形外科疾患の研修が対象疾患の減少で実施しにくくなっており、肢体不自由児施設は整形外科専門医が経験すべき脳性麻痺療育、小児整形外科疾患の研修内容を充実し、研修の機会を確保する必要がある。専門医になる条件に小児整形外科研修を必修化し、障害児療育現場の短期間体験、または講演内容が標準化された充実した内容の研修講演の受講を選択できるようにして学会、肢体不自由児施設などの HP に各肢体不自由児施設の研修受け入れ条件を掲載するなど、希望者が施設で研修できるシステムを構築する必要がある。

### 肢体不自由児施設の現状

肢体不自由児施設は全国に 62 施設(2007 年)あり、経営母体は国立民営 1、公立公営 27、公立民営 11、民立民営 23 施設である。療育スタッフ数は常勤医師 226 名、非常勤医師 286 名、常勤看護師は 1,833 名、全常勤職員数(理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、臨床心理士、保育士等) 4,606 名、非常勤職員数 1,106 名で、入所児の年齢は 18 歳未満が 80%(重症心身障害児施設は 18 歳以上が 80%を超える)であり、児の持つ能力を

最大限発揮させるためのチーム医療を実践している(図 1)。対象児は時代とともに変化し、1962 年の全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査では脳性麻痺 31.7%、ポリオ 29.2%、先天性股関節脱臼 12.3%、結核性骨関節炎 5.1%であったが、2007 年では約 50%が脳性麻痺児で、その他ヘルテス病 5.2%、骨系統疾患 3.5%、二分脊椎 3.6%、筋・神経疾患 3.5%、先天性股関節脱臼 0.2%などの小児整形外科疾患を扱っている(表 1)。全国肢体不自由児施設入所児の 34%は重症心身障害児(大島分類 1~4)であり、入所児の半数は IQ35 以

**Key words** : hospital and home for children with physical disabilities(肢体不自由児施設), ryouiku(habilitation)(療育), actual condition and role(現状と役割)

**連絡先** : 〒 393-0093 長野県諏訪郡下諏訪町社 6525-1 信濃医療福祉センター整形外科 朝貝芳美  
電話(0266)27-8414



図 1. チーム医療

療育スタッフ数は常勤医師 226 名，非常勤医師 286 名，常勤看護師は 1,833 名，全常勤職員数(理学療法士，作業療法士，言語聴覚療法士，臨床心理士，保育士等)4,606 名，非常勤職員数 1,106 名で，入所児の年齢は 18 歳未満が 80% であり児の持つ能力を最大限発揮させるためのチーム医療を実践している。

下で，日常生活動作全介助は 50% 以上，てんかん，視力障害，聴覚障害，呼吸障害，摂食障害などを合併している児が多くなっている。年間入退院児数は約 7,000 人，外来受診児数は月延べ約 110,000 人で地域療育の拠点として役割を担っている。

運営は医療費と福祉費で行われているが，医療費の割合が大きい。これまでの診療報酬の改定では 1998 年，平均在院日数の縛りが導入され障害児の長期入院が危機的状況になったが，肢体不自由児施設は 2 年間暫定的除外措置となり，2000 年には在院日数縛りのない一般病棟として出来高払いの障害者施設等入院基本料が新設された。2006 年にはリハビリテーション(以下，リハ)の日数縛りが導入され障害児の発達を支援する長期のリハの実施が危機的状況になったが，障害児者リハ料が新設されリハの日数制限から除外され，施設基準を満たせば厚生労働大臣の定める疾患として脳血管等疾患リハ料が請求できることになった。2007 年にはリハ料の逡減制が導入されたが，肢体不自由児施設に通院する 18 歳未満は除外され，2008 年には脳血管等疾患リハ料は減額となった

表 1. 肢体不自由児施設の対象児

- ・脳性麻痺
- ・ペルテス病
- ・神経・筋疾患
- ・二分脊椎
- ・骨系統疾患
- ・先天性股関節脱臼，内反足，筋性斜頸
- ・発達障害児

表 2. 肢体不自由児施設の機能

- 総合的な療育医療の拠点
- ・外来通院
  - ・入院：母子入院，長期入院，有目的入院(手術，短期集中訓練)
  - ・通園
  - ・地域支援(巡回指導・人材派遣)

が，リハ料の逡減制は廃止された。福祉では 1947 年に児童福祉法のなかに肢体不自由児施設が明記されたが，2005 年には障害者自立支援法が導入され 2008 年度の障害児施設の再編成にむけて，実施主体について都道府県から市町村への権限委譲や小児への障害程度区分の導入，医療型と福祉型施設への再編など議論が進んでいる。

### 肢体不自由児施設の機能

施設の機能は心身障害児の総合的な療育の拠点として外来通院，入院(母子入院，長期入院，有目的入院：手術，短期集中訓練)，通園，地域支援(巡回指導・人材派遣)などがある(表 2)。特に母子入院や有目的入院時に行われる集中訓練は育児・家族指導から運動機能の向上まで全人的発達を促す医療療育が実践されている(図 2)。母子入院を実施した 44 人の保護者に対するアンケート調査でも「家庭より子供に関わることに集中できた」80%，「家庭での訓練方法がよくわかった」77%，「子供に良い変化，機能向上がみられた」77%，「他児の母親とのコミュニケーションや情報交換がよかった」64%，「家庭での育児や扱い方に自信がついた」55%などの意見が寄せられた<sup>1)</sup>。母子入院は近年増加している NICU 後の育児支援としての役割，有目的入院による集中訓練は繰り返すことで日常は地域で生活していても，持っている運

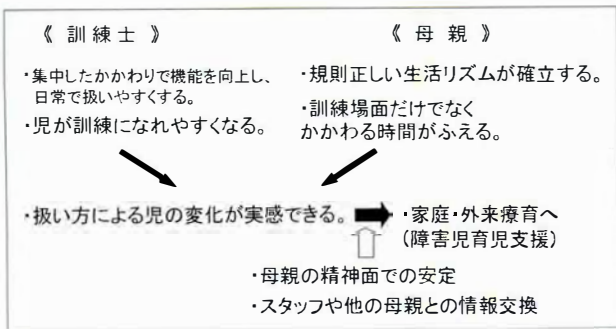


図 2. 母子入院の意義

表 3. 施設における整形外科医の役割

- ・脚延長やペルテス病などの長期入院治療
- ・養護学校併設や保育士などの療育スタッフが充実している特長を生かした治療
- ・麻痺性疾患の上肢・下肢変形、脊柱側弯、特に麻痺性股関節脱臼、様々な足変形の診断治療
- ・障害児の早期診断早期療育
- ・児の機能を最大限伸ばす(運動機能予後に基づき時代の科学を最大限活用する)
- ・先天性股関節脱臼検診治療など小児整形外科疾患の治療

動機能を最大限伸ばし、維持していくための役割を担っている。また障害児が日中利用している機関(肢体不自由児・重症心身障害児・母子通園、児童デイサービス、保育園、幼稚園、特別支援学級・学校など)への療育スタッフの派遣など、入院機能だけでなく乳児期から青年期(成人)までライフステージに応じた地域で生活するための支援が実施されている。年間整形外科手術は10件未満7施設、10~50件15施設、50~99件12施設、100件以上5施設で施設により違いがある。

### 肢体不自由児施設における 整形外科医の役割と課題

施設における整形外科医の役割として脚延長やペルテス病などの特別支援学校併設や保育士などの療育スタッフが充実している特長を生かした長期入院治療、麻痺性疾患の上肢・下肢変形、脊柱側弯、特に麻痺性股関節脱臼(図3)、様々な足変形の診断治療、障害児の早期診断早期療育、運動機能予後に基づき、時代の科学を活用して児の機能を最大限伸ばす療育、先天性股関節脱臼の検診治療など小児整形外科疾患の治療があげられる



図 3. 筋解離術

a:脳性麻痺 3歳8か月 術前, b:6歳  
 痙直型脳性麻痺に対する整形外科手術は、適切な時期に行われれば麻痺性股関節脱臼の治療として有用である。

表 4. 痙縮治療

- \*リハビリテーション(装具療法, 物理療法:低出力レーザー, 低周波電気刺激他)
- \*内服治療(バクロフェン, ダントロレン他)
- \*末梢神経フェノールブロック, モーターポイントブロック
- \*ボツリヌス毒素注射
- \*整形外科手術
- \*脳神経外科手術 末梢神経縮小術  
選択的後根切断術

(表3).

課題としては、国の医療・福祉施策の変革のなかで先行きがみえない運営の不安、少子化による対象児の減少と、医師、看護師の不足、対象児障害の重度重複化、外来通院での発達障害児の増加などがあげられる。

近年、脳性麻痺児に対する訓練治療効果に関しては国際的に標準化された評価法が普及してきており、同一評価による多施設研究が実施され、我が国における訓練治療効果を客観的に比較検討することができるようになってきた<sup>2)</sup>。軟部組織解離手術、ボツリヌス毒素注射など痙縮治療の選択肢も増えてきており(表4)、運動機能に障害のある児の運動機能向上、維持には時代の科学を総動員した整形外科的管理が必要であり、急性期でも慢性期でもない成長期の療育が実践できる場として成果を国内外にアピールしていく必要がある。

欧米で行われている脳性麻痺児に対する手術を中心とした短い入院期間のリハと比較して、手術治療の前後に集中的なりハを繰り返し実施できる日本の療育システムによるリハ効果は欧米に優る結果が示されている<sup>3)</sup>。

### 小児整形外科研修

小児整形外科疾患の研修が対象児の減少で実施しにくくなっているなか、肢体不自由児施設における小児整形外科関連の研修実施状況は、日本リハ医学会共催で小児のリハ実習研修会を年1回、宮城県拓桃医療療育センターで東北大学小児整形外科セミナーを年1回、日本整形外科超音波研究会乳児股関節エコーセミナーを新潟県はまぐみ小児療育センター、信濃医療福祉センターその他で年2~3回行われている。肢体不自由児施設で障害児療育を体験することによる意識の変化として筆者自身の体験から、はじめは日常接することの少ない障害児に対する意識としてかわいそうという感情が先立ち、どのように接したらよいか戸惑う。その中で何とか援助ができないかという気持ちが芽生えるが、日常接していると障害児から逆に励まされ、生きるパワーをもらうことが多いのに気付く。これは成人の中途障害者と違い獲得できない能力はあっても失った能力はなく、代償能力で健常者を上回る能力を身につけている児もあるためと考えられる。

### 全国肢体不自由児施設へのアンケート調査結果

全国62施設に小児整形外科研修受け入れについてアンケート調査を行い、回答率は45施設73%であった。受け入れ可能は29施設、更に身分保障、保険、報酬など可能と回答した施設は民営施設の13施設にみられた。研修受け入れの課題として出身大学によらず、学会中心に広く研修医を募集し受け入れ体制をつくる。小児整形を中心に行っている病院の情報を公開し希望者が研修する。県を越えた研修病院が必要で、日本全体で考えるべき。受け入れ態勢、研修体制を構築する

必要があるがマンパワー不足の問題があるなどの意見が寄せられた。研修の意義と課題に関しては、専門医に紹介できる能力を養う。育児や環境(家庭や社会)を含めた社会的視点や使命を自覚し、親の信頼がなければ治療が進まないことを学ぶ。小児整形外科の専門性を確立する必要がある。脳性麻痺や発達障害などの対応が必要で、運動器に関する知識、技術のみでは対応できない、などの意見が寄せられた。施設の課題に関しては経営母体、経営方針の違いにより統一見解を打ち出すことは困難。総合医療療育センター化(全ての障害、年齢枠を除く、地域療育システムの中心機関)が必要。児童福祉法に明確な位置づけが必要。障害児療育は子育て支援の一環であり、社会のセイフティーネットとなるべき療育マインドを持った整形外科医を育てる必要がある。県を越えた地域でのセンター化と現有施設のサテライト化が必要などの意見が寄せられた。

### 考 察

少子化や医学の進歩で障害児の数は減少しているが、脳性麻痺の発生頻度は1,000人に2人といわれ、近年、発生頻度は周産期医療の進歩などにより増加傾向にあるといわれている<sup>5)</sup>。子育てを支援する社会のセイフティーネットとしての療育の役割は重要であり、診療報酬や福祉制度でも、国は全体の予算削減のなかで我が国独自の肢体不自由児施設群を地域療育の中心的な施設と認めて対応してきた経過があり、肢体不自由児施設は障害児療育の専門家集団として今後とも社会のニーズに答えていかなければならない。時代の流れの中で障害の重度化が進み呼吸や栄養管理、さらには発達障害児への対応など小児科医の役割が増加してきている。しかし児の持っている運動機能を最大限伸ばし、変形拘縮に対応し機能低下を防ぐには整形外科医の役割は重要である。漫然と頻度の少ない通院訓練のみで運動機能向上の時期を逸してはならない<sup>4)</sup>。

肢体不自由児施設の特徴として入所児障害の重

度は進んでいるが、重症心身障害児施設との違いは通過型であり、18歳未満の成長期の医療リハビリテーションおよび家族支援を実施しているだけでなく、全国226名の常勤医師、1,833名の常勤看護師、4,606名の常勤療育スタッフのマンパワーは障害種別を越えた地域療育ネットワークの拠点としても機能してきたが、今後更に国の施策を背景に拠点施設としての機能を充実させていかなければならない。

研修に関しては、専門医になるために小児整形外科研修を必修化し、研修の内容は現場実習または研修講演受講を選択できる2本立てとしたい。短期間でも現場を体験することで障害児療育に対する意識は変化し、その中の希望者が長期(6か月以上)の研修を受けられるシステムを構築したい。アンケート調査結果では研修受け入れ可能な肢体不自由児施設は29施設あり、その情報を学会や施設のHPに公開し、研修希望者を受け入れる必要がある。障害児療育に魅力を感じる医師が1人でも増えることを期待したい。

## 結 語

1) 肢体不自由児施設は児の能力を最大限伸ばすための医療、リハ、家族支援を実践しており、専門的療育のマンパワーは障害種別を越えて地域の療育ネットワークの中心となっている。

2) 整形外科専門医が経験すべき脳性麻痺療育、小児整形外科疾患の研修内容を充実し、研修の機会を確保する。

3) 専門医になる条件に小児整形外科研修を必修化し、障害児療育現場の短期間体験、または講演内容が標準化された充実した内容の研修講演の受講を選択できるようにする。

4) 日本小児整形外科学会、肢体不自由児施設などのHPに研修受け入れ条件を掲載するなど、希望者が肢体不自由児施設で研修できるシステムを構築する。

## 文 献

- 1) 朝貝芳美ほか：脳性運動障害児への早期療育による治療効果に関する研究。厚生省障害保健福祉総合研究事業平成12年度研究報告書(主任研究者・坂口 亮)：p.13-30, 2001.
- 2) 朝貝芳美ほか：脳性運動障害児の粗大運動に対する訓練治療効果に関する研究。厚生省障害保健福祉総合研究事業平成12年度研究報告書(主任研究者：坂口 亮)：p.138-141, 2005.
- 3) 朝貝芳美：脳性麻痺に対するリハビリテーションの新展開。リハビリテーション医学の新しい流れ，里宇明元ほか編，先端医療研究所，東京，p.311-315, 2005.
- 4) 朝貝芳美：脳性麻痺に対する集中訓練の効果。小児外科 40：499-503, 2008.
- 5) 竹下研三：脳性麻痺の疫学。OTジャーナル 24：4-8, 1990.