

表11

なでしこ		
<p style="text-align: center;">契約書 重要事項説明書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス内容 ・ 利用料（日用品費含む） ・ 安全対策 ・ ファミリータイム など・・・ 	<p style="text-align: center;">個別支援計画書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療 ・ 福祉 ・ リハビリ ・ ADL ・ 個別目標 など・・・ 	<p style="text-align: center;">報酬単価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養介護40床 2：1で904単位 (重症児施設862単位) ・ 医療法において 看護師が10：1
サービス管理責任者		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成18年7月定例会 県の障害福祉室担当より 利用料負担についての説明会 ・ 平成18年8月21日から個別に契約説明を行い、 9月22日に終了（一人あたり2時間程度） ・ 障害程度区分認定と受給者証の発行が遅れた市につ いては、県と相談し見込みでの契約となった 		

表12

<p>結果的に・・・</p> <p>平成18年10月に重症心身障害児施設が 療養介護事業所に移行できたのは、 全国で2施設だけ</p> <p>* なでしこが移行できた理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者の障害程度区分が5, 6の人がほとん どであった ・ 施設の定員が少なく、療養介護事業所を40床 とし、高い報酬単価を取ることができた ・ 以前から職員配置が手厚く、1：1以上であった (0.86:1)
--

表13

問題点

1. 障害者自立支援法の問題
 - 児童福祉法により重症児・者は、児者一貫で行われてきたが、18歳以上の入所対策しか打ち出されていない
 - 成人になっても小児期の問題を抱える重症児・者にとって適切な政策(医療・療育サービスを提供できるか)が疑問
 - 三障害一元化により、重症児以外の人でも対象となるが、障害種別の異なる場合には対応が困難
 - 実施主体が市町村に移ったが、行政自体(地方行政担当者まで浸透していなかった)が新法による対応の理解が不十分で、政策だけが一人歩きしている

表14

2. 障害程度区分の問題
 - 介護にかかる時間が重視されており、医療面が反映されていない
 - 他の多くの重症児施設には、障害程度区分4以下の人も存在する(本来の施設対象でない人の入所が多かった)
3. 報酬単価の問題
 - ベッド数が多くなれば単価が低くなる
 - 療養介護事業所の場合、40床1:1配置で904点であり、重症児施設の862点との差が大きくないために移行へのインセンティブが低い
 - サービス管理責任者の人件費で消えてしまう

表15

新体系移行後の利点

1. 成年後見制度の利用
 - ・ 家族が後見人として利用者の財産管理・権利擁護を代行することによって、法的な責任が明確になった
2. サービス管理責任者の配置
 - ・ 業務運営・個別目標の管理が徹底できる
 - ・ 個別支援計画の徹底により個々人へのサービス提供が向上
 - ・ 施設内では各職員(サービス提供者)の教育、研修、スキルアップ、業務分担など、いわゆる効率化・適正化が促進できる

表16

おわりに

- ・ 障害者自立支援法は多くの問題点がある。
- ・ 特に重症児の場合、これまで児童福祉法に基づく政策であったため、独自の課題を抱えている。
- ・ すでに利用者負担の上限額の軽減がおこなわれている。今後も改定が続くを予測される。
- ・ 3年後の児童福祉法の改定も視野にいれ、常に的確で迅速な対応が求められる。

行政書士による成年後見制度の講演。以後数家族が個別に成年後見制度の申請を行った。同月三重県の福祉行政監査があり、個別支援計画の作成を指示され、直ちに全員の個別支援計画の作成に取り掛かる。

10月障害者自立支援法成立。12月政令等の内容公表（都道府県政令指定都市主管課長会議）。平成18年1月その資料をもとに障害程度区分認定をなでしこ入所者に適用し試算。区分4が1人、区分5が4人以外は区分6と判断し、区分4以外は全員なでしこの長期入所を継続する方針を説明した。区分4判定の方は17年7月に身体障害者療護施設へ入所申請をしており順番待ちであったが、18年10月1日にその施設の定床数増として入所することができた。2月には成年後見制度の申請を集団で行う方針で家庭裁判所へ交渉し、5月に未申請者29人全員が申請書類（診断書含む）

を家庭裁判所へ提出。6月に集団で調査と面接を行い、8月までに成人全員の成年後見人（一部保佐人を含む）が決定した。4人の言語コミュニケーションが可能な方には鑑定書を作成した。

障害程度区分認定は市町（三重県は合併により29市町となった）より医師意見書の依頼が6～8月末に散発的に届き、その1～4週後に調査員が調査に来院した。2市が8月末になっても依頼が来なかったため医師意見書を先に作成して早急に認定調査に来るよう連絡したところ、9月上旬でようやく調査が終了した。障害程度区分認定と受給者証の発行は10月以降になった市町が3ヶ所あったが、県と相談したところ見込みでよいとのことであった。障害程度区分認定の結果は全員が区分6となった。なお10月以降も常時医療が必要でない症例で家族の最寄の身体障害者療護

表17 平成18年度福祉サービス費・医療費

	入所者数	措置費	入所者数	療養介護	入所者数	障害児施設	福祉サービス費計	一人あたり月平均	療養費	食事療養費	医療費計	一人あたり月平均	合計
平成18年度 4月	41	10,259,590					10,259,590	250,234	23,399,370	2,388,042	25,787,412	628,961	36,297,236
5月	41	10,203,290					10,203,290	248,861	23,866,300	2,373,086	26,239,386	639,985	36,691,537
6月	41	10,203,290					10,203,290	248,861	24,068,370	2,387,876	26,456,246	645,274	36,908,397
7月	41	10,953,180					10,953,180	267,151	24,188,740	2,498,640	26,687,380	650,912	37,907,711
8月	41	10,203,290					10,203,290	248,861	23,083,790	2,346,414	25,430,204	620,249	35,882,355
9月	41	10,715,460					10,715,460	261,353	23,898,760	2,460,746	26,359,506	642,915	37,336,319
10月	1	252,530	38	10,549,680	2	534,440	11,336,650	276,504	24,541,670	2,528,620	27,070,290	660,251	38,683,444
11月			38	10,179,040	2	517,200	10,696,240	267,406	23,576,110	2,331,886	25,907,996	647,700	36,871,642
12月			38	10,287,520	2	534,440	10,821,960	270,549	23,665,210	2,358,680	26,023,890	650,597	37,116,399
1月			39	10,052,480	2	525,820	10,578,300	258,007	23,424,320	2,328,892	25,753,212	628,127	36,589,519
2月			37	9,329,280	2	482,720	9,812,000	251,590	21,606,080	2,201,608	23,807,688	610,454	33,871,278
3月													
合計	247	62,790,630	190	50,398,000	10	2,594,620	115,783,250	259,023	259,318,720	26,204,490	285,523,210	638,754	401,565,483

施設へ入所申請を出していたところ順番待ちが来て、平成19年1月に退所し地域移行を進めることができた。

療養介護事業所への移行では、成人だけでなく2人の児童とも契約書・重要事項説明書を同様に交わした。その契約には一人ひとり2～4時間かけて後見人・保護者・親権者と個別に面談し、職員は医師・看護師・理学療法士・作業療法士・児童指導員の全職種が説明し理解をとった。また作成した個別支援計画も説明し、後見人等の希望により修正した上で契約を結んだ。

施設側の準備のうち、新制度の眼目である「サービス管理責任者」の養成とその業務の遂行を保証するため、施設長・事務長兼療育指導室長・介護福祉士（介護支援専門員有資格者）がサービス管理責任者研修を受講し、療養介護事業所におけるサービス管理責任者の業務を従来の重症児施設の中で完全実施できるよう配慮している。近く看護師長および主任もこの任に当れるよう次回のサービス管理責任者研修に参加させる予定である。新制度ではサービス管理責任者の役割が重要であり、利用者本位のニーズを重視した個別支援計画とそれを確実に実施できるようにするシステムの構築が困難ではあるが不可欠であるといえる。なお療養介護の単価が40床1：1配置で904単位で、重症児施設の862単位と大きな差がないため、現行単価では施設の収入面（1ヶ月の増収 $420 \times 40 \times 30 = 504,000$ 円）からは新制度移行へのインセンティブは低い。特にベッド数が多いと単価がむしろ低くなってしまいう施設がほとんどであり、移行を促すには単価の増額が不可欠である。

平成18年度の実際の収入面の集計結果を表

に示す。（表17）10月に療養介護型に移行した前後での収入面を比較すると、4月から10月までの一人当たり月平均額は、福祉サービス費と医療費を合わせて892,269円、移行後の10月から2月までの5ヶ月の平均は904,236円となる。その差額11,967円に40人×12ヶ月を掛け合わせると5,744,160円の増収という結果になる。実際は移行後は、福祉サービス費と医療費のほかに日用品費の収入があるが、外泊時に減額調整をしており、まだ確定額が出ていない。日用品費は月額8,990円で、満額の収入とすると1年間で4,315,200円となり、福祉サービス費＋医療費＋日用品費で合計約1000万円の増収となるはずである。

考案

今回新体系の療養介護型施設に移行した施設は、「三重県済生会明和病院・なでしこ（施設長：樋口 和郎）」の1施設のみである。移行にあたって1番の問題点は経済面であろう。なでしこの場合、療養介護38人（904単位）＋児童長期入所2人（862単位）で、平成18年9月までの重症心身障害児施設のときの収入は、1人1日当たり8,341.6円であったのに対して、10月以後の自立支援法の下療養介護型施設になると、1人1日あたり9,034.0円となって1人1日あたり692.4円のプラスとなり、それに40人×365日をかけると約1,000万円の増収が見込まれた（10月の移行決断前におこなった樋口らの試算による）。生活介護型に相当する利用者がひとりいたが、他施設に転出した。このように病棟の規模と入所者の内訳が今回の制度移行にあたって収入的にプラスの最大効果が生み出される条件に合致していた。樋口によれば、財

表18

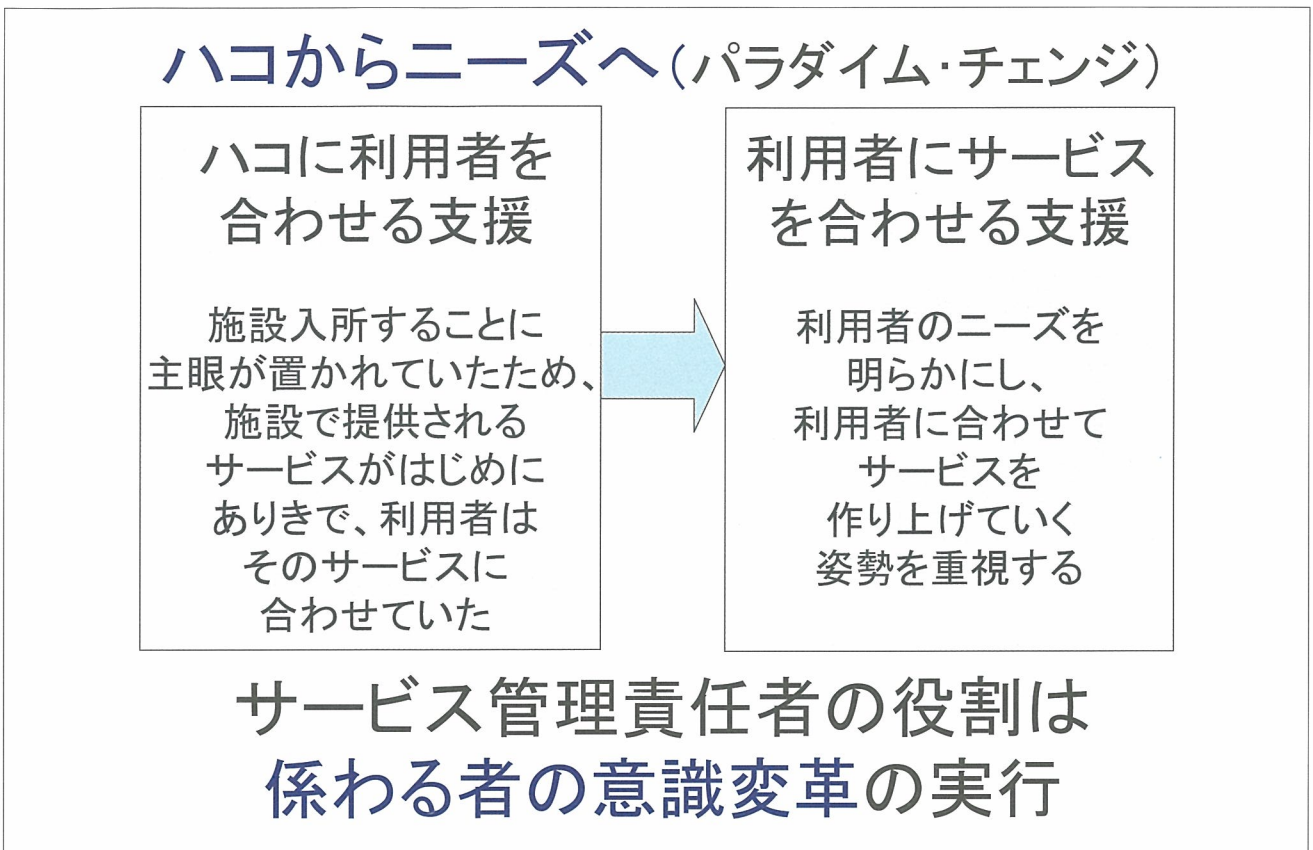


表19

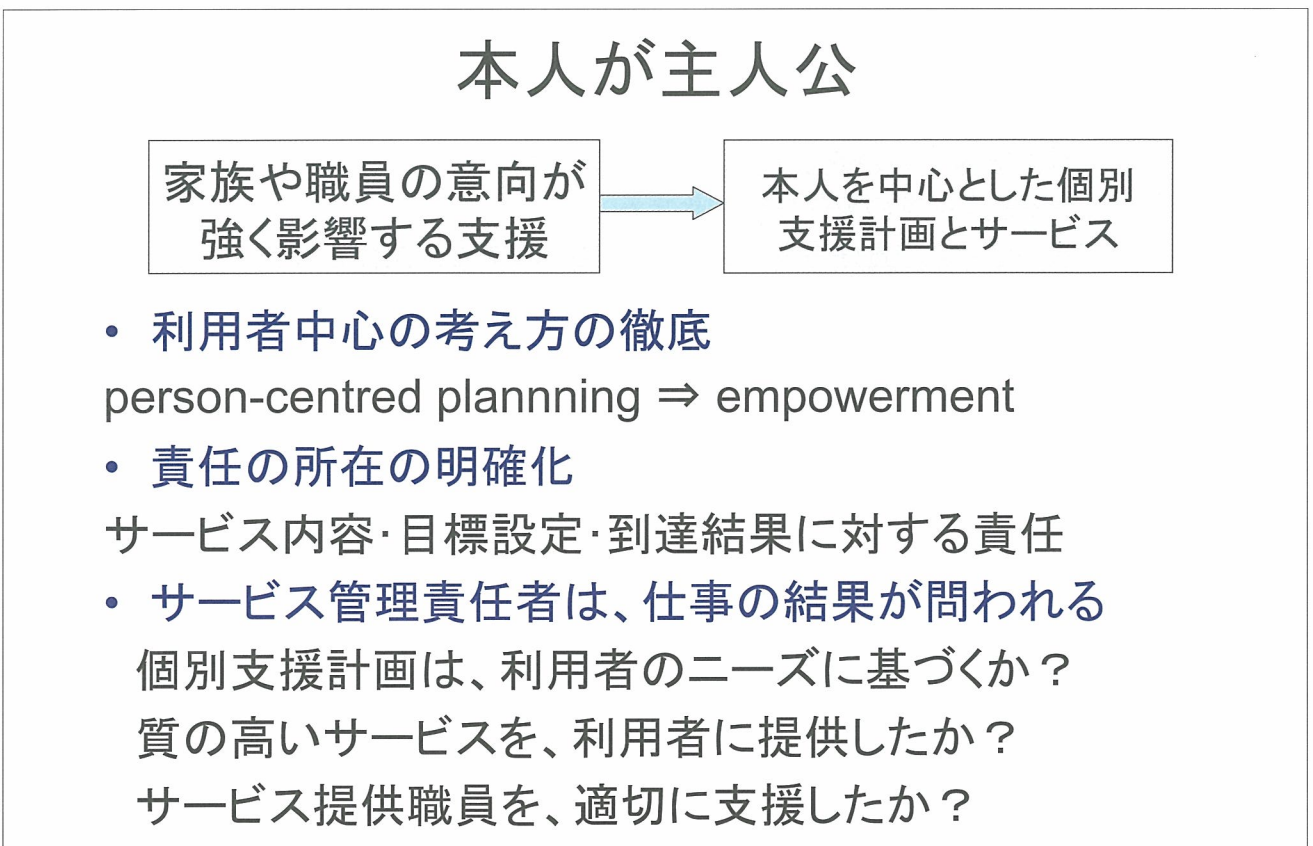


表20

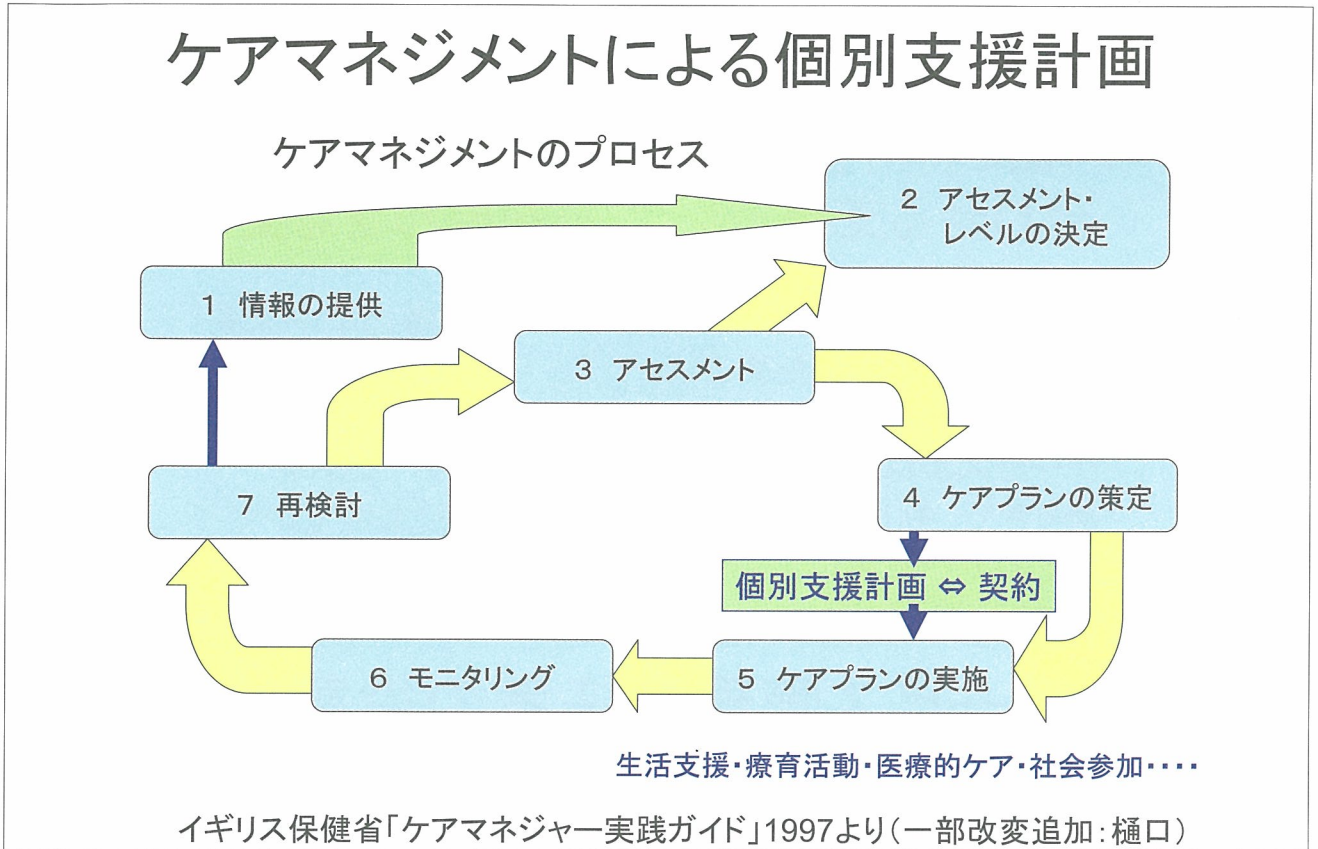


表21

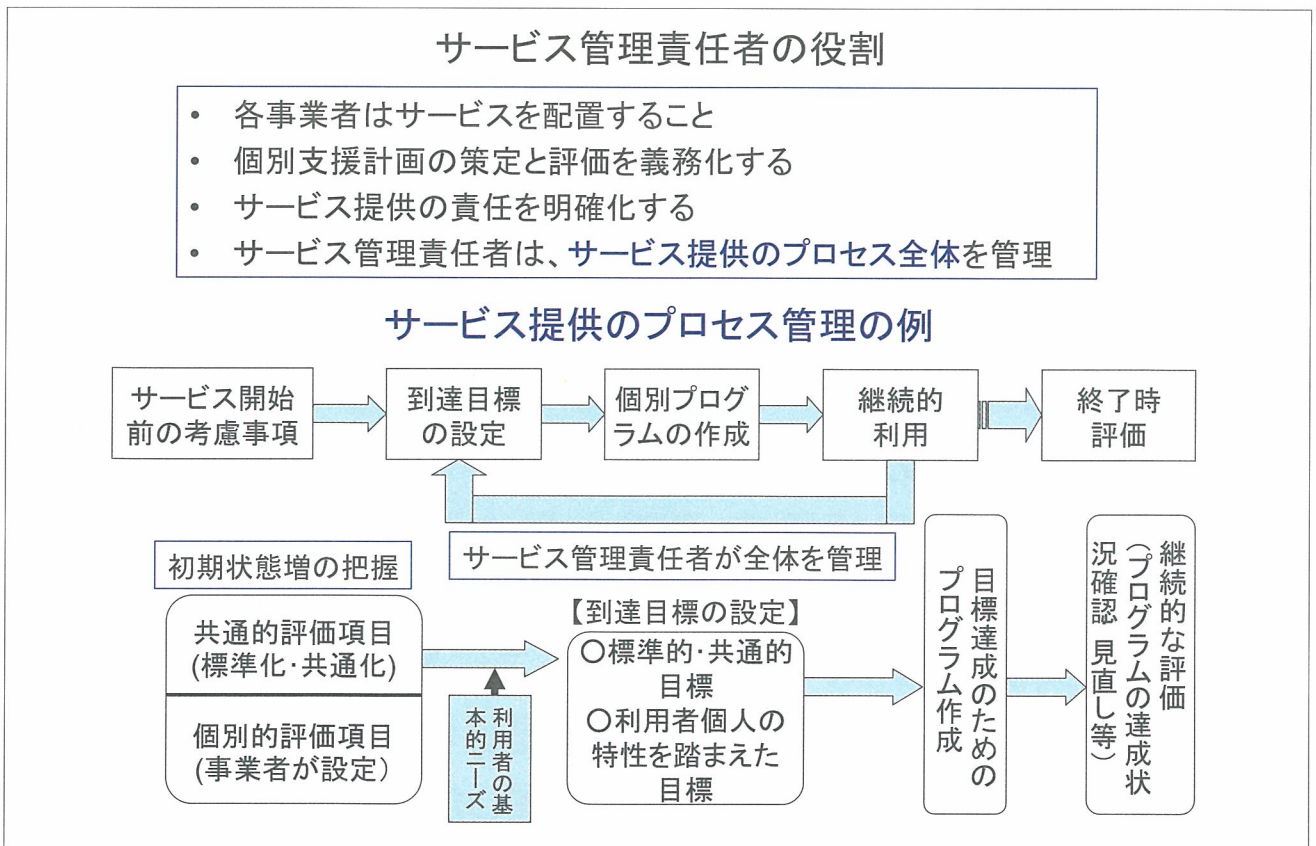
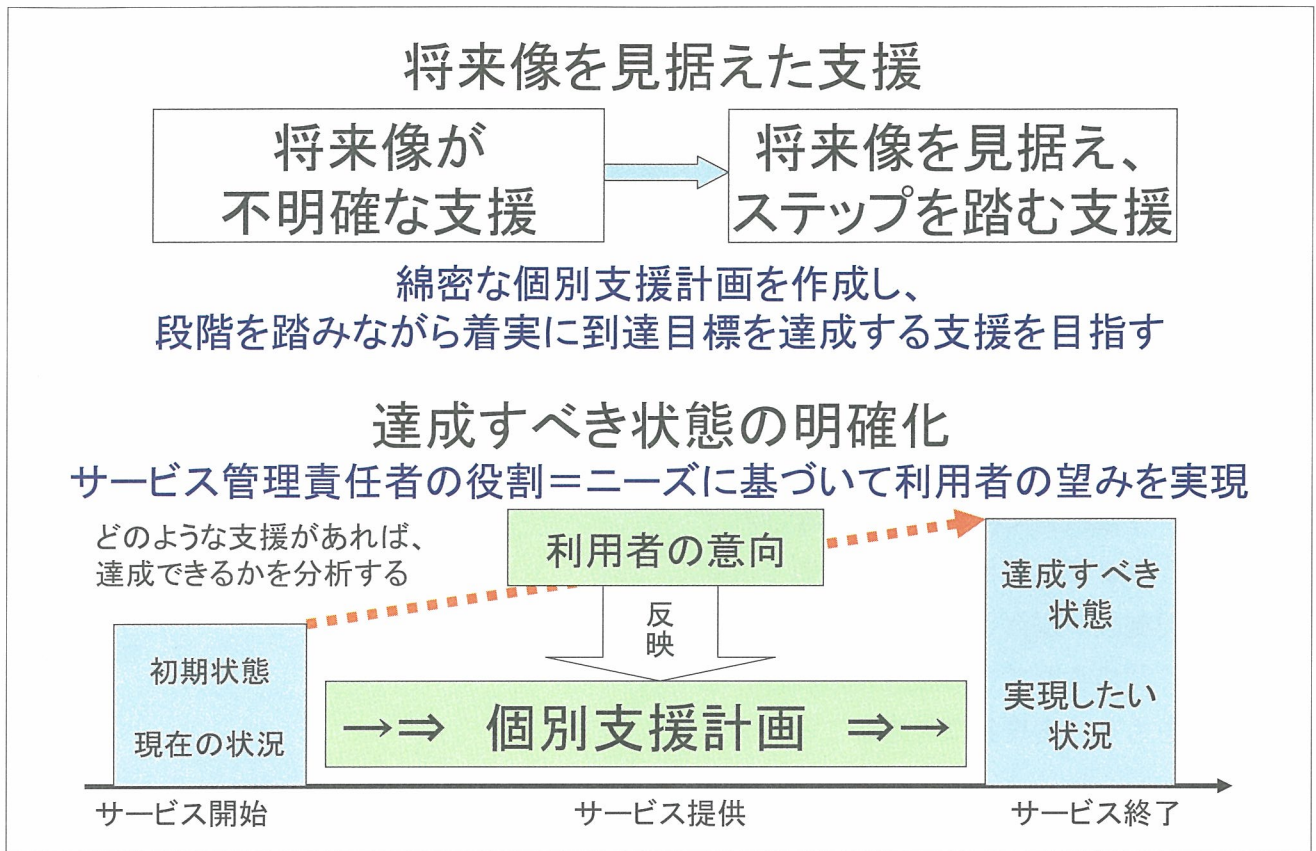


表22



政的な面は現状では施設の規模で規定されて、40床より大きくなると単位数は減り、人員配置を達成するのも困難さが増すので、この点が解決されないと大きい施設の参入は難しいという。また、サービス管理責任者を直接処遇職員以外に余分に雇用すると増収分はその人件費に消えて、施設側に新制度への移行のインセンティブとはならないのではないのか。たとえ財政的にメリットがあり移行を考えたにしても、移行にあたって、施設としてクリアせねばならない大きな変化は「サービス管理責任者」の設置とともに、かかわるものの意識変革の実行にあるという。ハコからニーズへのパラダイム・チェンジである。従来の「ハコに利用者を合わせる支援」から「利用者にサービスを合わせる支援」である。(表18～22 なでしこ樋口の提供による)サ

ービス管理責任者は利用者の達成すべき状態を明確にしてそのニーズに基づいて実現を目指すべく「個別支援計画」をたてる。利用者本人が主人公であり、サービス管理責任者は、仕事の結果が問われることになる。

今回のアンケートからはほぼ全部の施設で、先行き不透明な状況の下での移行は避けて、とりえず重症心身障害児施設として続けておいて、今後の成り行きを見守ろうという姿勢が見られた。今後重症心身障害児施設として残る道はないのか、今回契約制度に移行して数ヶ月が経過しただけでもさまざまな問題が持ち上がり、利用者の負担金額についてはいまだに混乱が見られる。施設の財政面を見ても、利用者負担金の未収問題がすでに発生している。日常品費に対する考え方も施設間のばらつきは大きい。事務的な仕事の増

大も大きな問題となっており、病棟でも本来の利用者に接する療育に割く時間を犠牲にしてこの契約制度にかかる事務をこなしているのが現状であり、本末転倒である。さらに5年後に、このまま療養介護型・生活介護型に移行してやっていけるのか、財政面、人的な面すべてに不安である。児童福祉法の改正によって年齢超過児の問題はどうなるのか。せめて今のまま重症心身障害児施設という形を残すことはできないのか、そのような声も強く残る中、今後慎重に検討してゆかなければならない。今までたくさんの人の努力で重症心身障害児施設が運営され、その存在意義が万人に広く認められてきた施設体系の存在理由や意味をもう一度真剣に考えることが大切であろう。

国立病院機構重心病棟におけるサービス提供について

国立病院機構南京都病院：宮野前健
研究協力者 国立病院機構福岡病院：大野 祥一
渡辺 恭子

【研究要旨】

現在国立病院機構では旧療養所を中心に73カ所（約7400床）に重症児（者）病棟が設置されている。国立病院機構は19の政策医療を旗に146施設が独立行政法人化して3年が経過した。重症心身障害医療は法人後3年を目途に「委譲を含め見直す」と謳われていたが、障害者自立支援法の実施に伴い大きく状況が変化した。5年先の経過措置終了時には障害者自立支援法が求める「療養介護（医療）型」あるいは「生活介護（福祉）型」の選択をしなければならない。しかし国立病院機構は政策医療を担う組織であり「直接的な福祉は対応しない」立場をとっており「療養介護」型しか選択肢は無い。その移行には経営面を含め以下のような課題を抱え、公立・法人立施設には無い国立病院機構の“特殊性”があり移行にはハードルが高い。

（1）施設運営上の課題

1. 機構本部の運営方針に左右される

平成19年3月現在機構本部の療養介護型病棟移行についてのタイムスケジュールや人員配置等について明確な方向性が示されていない。施設長の個別な判断では移行は困難である。また機構全体では赤字経営であり自立支援法が求める療養介護型に移行すればその赤字幅が大幅に拡大するため、現在は経過措置の利用を前提に運営している。

2. 各施設の運営は独立採算が原則

重心病棟単独の収支ではなく病院全体で考えねばならず、大幅な不採算部門の結核医療・神経難病などを抱える多くの病院の収支

は赤字である。また施設長に非常勤職員以外の雇用権限がなく、新たに生活支援員等の雇用は困難な状況で、施設独自の判断で療養介護病棟移行が出来ないのが実情である。

3. 福祉の給付金

これまで措置収入は名目上診療報酬に組み入れられており、本来の使用目的に充分活用されていなかった。平成18年10月より一部を除き措置収入に変わり福祉の給付金となったが、その経理上の取り扱いは旧来のままである。この給付金の目的は日中活動等の利用者支援の費用でありサービス提供に対する対価である。病院機構として社会から納得の得られる対応が望まれる。また公法人立施設には

従来措置費の使途に関して外部監査が実施されており、今後国立病院機構に対しても同様な対応がなされると考えられる。このため経理上も給付金の取り扱いには留意が必要である。

4. マンパワーの確保と教育・研修

資格のある優秀な人材確保が将来の病棟の質を高めていく。現在の社会情勢の中では福祉関係の優秀な人材確保は困難になりつつあり計画性を持って採用を行っていく必要がある。また看護師中心の病棟内で療養介護職や生活支援員の専門性を発揮できる教育・研修の環境整備も重要である。

(2) 重症心身障害医療に対する温度差

施設長の重症心身障害医療に対する考え方で日々の病棟運営・現場スタッフの意気込み

は大きく変わる。重心病棟に対する病院の運営方針を明確にして、現場スタッフの意識改革やボランティア導入・在宅支援を取り入れた開かれた病棟作りを目指すことが重要である。

国立病院機構にはこのような課題や背景があり、平成18年10月から療養介護病棟に移行した施設は73施設中福岡病院1カ所のみであった。その人員配置や取り組み経過について知ることは、今後国立病院機構の各施設が療養介護移行に際して先駆的なモデルとなること考える。今回研究協力者として国立病院機構福岡病院小児科大野祥一、渡辺恭子両医師がその取り組みの一端を報告し、「療養介護事業」への移行と課題、今後の在るべき方向を考える。

【方法】

国立病院機構福岡病院における療養介護施設移行への経過と課題について

研究協力者：福岡病院 小児科 渡辺恭子、大野祥一

- 1) 障害程度区分等の患者状況の分析
- 2) 移行経過に於ける問題点の分析

【結果】

A. 療養介護移行に向けてその準備段階の経過を表1に示す。

当院では平成17年4月より療養介助職24名を配置し、平成18年10月1日より生活支援員を配置した。利用者一人に対して病棟スタッフも1名の体制を組んだ。最終的な各病棟の

職員配置数を表2に示す。

療養介護職、生活支援員導入への対応

- 1) 新職種導入にあたっての準備
 - ①業務分担（介護と医療の役割）の明確化、その内容の明示
 - ②教育プログラムの作成
 - ③実践にあたってのシミュレーションの実施
- 2) 教育、到達目標設定

表1 療養介護移行に向けた準備

年	月	指導室、事務関係	父母(の会)への働きかけ	行政	病棟
17年	4月以前				療養介助職導入にむけての業務分担教育プログラム作成
	4月	身体障害者手帳、療育手帳の確認及び未取得者の申請の開始			療養介助職導入 オリエンテーション、研修
	6月末	西間院長より福岡病院職員対象に障害者自立支援法に関する講演の実施			
	7月		重症心身障害病棟運営懇談会で、障害者自立支援法案の情報を伝える		模擬障害程度区分調査を行う(医師、看護師、指導室)
	8月		障害程度調査の結果をお知らせする		
	10月	障害者自立支援法成立			
	12月		障害者自立支援法の説明、質疑応答		
18年	1月	手帳関係は、全員取得終了			
	4月		障害者自立支援法の利用料金、契約、苦情解決、成年後見人、金銭管理委員会等について説明		
	5月	個別支援プログラムの作成、配布 日用品費の自己負担金を8000円に決定			個別支援プログラム作成開始 (医師、看護師、PT、指導室、療養介助職)
	6月末	個別支援プログラムを集約しサービス管理責任者による再チェック実施		福岡、長崎県の38市町村区と認定区分調査について、日程調整	個別支援プログラム作成終了
	7月		全員を対象に、障害者自立支援法の当院での実施について説明会を開催(説明会に出席できない方には、個別に説明を行った)		
	末	全利用者の個別支援プログラム作成終了 認定調査員対応		認定調査開始(調査員が来棟)	医師意見書の記入
	8月		個別面談で仮契約および個別支援プログラム説明を開始		個別面談開始(医師、看護師、指導室)
	9月		契約状況、個別支援プログラム説明状況を父母の会に説明する		
	末	生活支援員(非常勤)採用試験 個別面談での説明全員終了		認定調査全員終了 療養介護受給者証の送付開始される	個別面談終了 生活支援員業務分担基準作成
	10月	療養介護施設としてスタート			
		第1回預かり金運用管理委員会を開催			生活支援員導入、研修

表2 福岡病院における重症心身障害病棟職員配置数

病棟	看護師	療養介助職		生活支援員(非常勤)		療育指導室 PT・OT	事務・清掃		合計
		介護福祉士	ヘルパー	I(有資格)	II(無資格)		定員	非常勤	
9病棟	28	7	1	1	1	2		2	42
10病棟	17	6	1	6	2	3	2	2	40
11病棟	17	6	2	7	2	4		2	40
合計	62	19	4	14	5	9	2	6	122

療養介助職

①教育プログラムの実施

オリエンテーション、研修

②ケア技術教育にチェックリストを作成、活用

③プリセプターシップの導入

④3か月ごとに到達目標の自己および他者評価の実施

⑤事例研究のとりくみと発表会

以下に到達目標と教育計画を表3示す。

表3 到達目標と教育内容

目標：国立病院機構における重症心身障害児(者)病棟での療養介助職としての役割が理解でき、人権を尊重した日常生活の援助ができる。

月	到達目標	教育内容	担当
4月	1. 重症心身障害児(者)への理解を深め、介助職としての役割が理解できる	1. 重症心身障害児(者)の概念と療養介助職の役割 ①療養介助職の目指すもの ②療養介助職に求めるもの 2. 重症心身障害児(者)の概念と療養介助職の役割 ①重症心身障害児(者)の定義・概念 ②重症心身障害児(者)における療養介助者の役割	院長 看護部長 師長
	2. 重症心身障害児(者)の特徴的な疾患とその病態生理や合併症が理解できる	1. 重症心身障害児(者)の基礎疾患と合併症 ①重症心身障害児(者)の基礎疾患 ②合併症	医師
	3. コミュニケーションの重要性を理解し、対応できる	1. 重症心身障害児(者)とのコミュニケーション ①重症心身障害児(者)とのコミュニケーション	師長
5月	4. 患児(者)を一人の人間として、人格を尊重した対応ができる	1. 重症心身障害児(者)の人権と対応 ①重症心身障害児(者)に関するアドボカシー ②重症心身障害児(者)の発達評価	師長
	5. 重症心身障害児(者)が安全・安楽に生活が送れるように、事故につながる危険因子の理解を深め、予防・対応ができる	1. 重症心身障害児(者)のリスクマネジメント ①安全管理 ②危険因子の理解と防止方法 ③事故発生時の対処方法 ④災害時の対応	師長
6月	6. 日常生活の質の向上の重要性が理解し、日常生活の援助ができる	1. 生活の質の向上(講義・演習) ①食事の援助 ②排泄の援助 ③生活の援助	師長 副師長
9月 10月	7. 日常生活におけるリラックスできる体位・姿勢について理解できる、実施できる	2. 生活の質の向上(講義・演習) ①リラクゼーション ②ポジショニング	理学療法士 副師長
11月	8. 摂食機能訓練の必要性を理解し、障害の程度に応じた援助ができる	3. 生活の質の向上(講義・演習) ①口腔機能について ②摂食機能訓練	医師 理学療法士 副師長
12月	9. 療育の意義や刺激を与えることにより、効果を引き出す方法が理解できる	1. 療育について ①療育の意義とその方法 ②感覚統合運動 ③音楽療法	指導室
1月	10. 法律や福祉制度を理解し、首魁資源の活用の意義が理解できる	1. 重症心身障害児(者)の福祉 ①福祉援助の種類 ②福祉制度の利用法 ③在宅支援	指導室 副師長
2月 3月	11. 重症心身障害児(者)の個別な特徴を理解し、観察・記録・報告ができる	1. 介護過程について(事例研究) ①重症心身障害児(者)の観察 ②介護記録 ③報告・相談・連絡の意義とチーム連携 2. 介護事例発表	師長 副師長 プリセプター

生活支援員

表4に教育目標をしめす。

3) 業務内容の標準化とその共通認識化

- ①業務基準、区分、内容の作成
- ②実施後、スタッフの意見を吸い上げる
- ③業務内容変更時はシミュレーションの実施

表5に業務区分を示す

B. 認定調査に関すること

入所者全員に関して病棟スタッフ、指導室、医師で認定区分調査を試行した。

結果、介護度が3以下の患者が2名いたが、いずれも自宅近くの施設への措置変更が可能であった。実際の認定調査結果は自治体によってばらつきがあり、同レベルの介護度と考えられても、自治体によっては軽く判定された。(再認定申請により全員が介護度5以上となった。)病棟スタッフは、患者の状態をプラス思考でとらえる傾向があると考えられ、調査員に対応するスタッフは入所者の状態を客観的に再評価すべきであると考えられた。

医師意見書は入所者全員について記入した。人数が多いので計画的に対応していく必要があると考えられた。また、自治体によっては精神障害の項目の記入を必要とする所もあり、統一されていなかった。在宅の結果は入所者と比べ、より甘くつけられている印象があった。

C. 個別面談

ほぼ1か月で全員が終了するよう家族と日程を調整した。まず事務担当が、個別面談予定の家族全員に契約に関する説明、契約を行

った。その後主治医、主治看護師または師長、指導員または保育士が個別支援プログラムの説明を行った。各病棟1日1～4名で一人当たり30分ほどの予定で行った。

実際は予定の時間より早く終わる家族、2時間以上かかる家族とさまざまであった。

D. 病棟の現状

各病棟に於ける療養介護移行人数と重症心身障害児及び措置の人数(表6)と各病棟に於ける超、準超重症児数を表7に示す。9病棟は医療病棟で看護師28名を配置している。

【考察】

医療病棟移行に際して様々な課題、問題点が浮かび上がってきた。以下箇条書きに記す。

1. 児童相談所が入所に関与しなくなり、直接家族からの問い合わせ、申し込みの電話がくるようになった。児童表がなくなり、患者の現状把握ができなくなったため、独自の調査票を早急に作らなくてはならなくなった。
2. 在宅の障害度区分6は本当か？(医療があまり必要でなくてももっているような)入所を決めるときこの区分で入所を考えていいのか？
3. 経管栄養で食品使用と医薬品使用で食費の金額が大きく違う。当院は医療上の理由がなければ食品で出しているが、今後希望が出たらどうするか未定。
4. 負担増のため、NICUや他院からの入所を親が希望しなくなった。(少なくとも

表4 生活支援員の教育目標

1. 病院、看護部の理念、組織、機能が理解できる
2. 組織の一員として責任ある行動が取れる
3. 看護チームの一員として自己の役割を自覚した行動が取れる
4. 患者の安全安楽を考慮した援助ができる

生活支援員 I	生活支援員 II
<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の立場に立って援助できる 2. 業務の範囲を理解し、行動できる 3. 業務前、中、後に看護師(療養介助職)に報告、相談、連絡ができる 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院・看護部の理念を理解し、援助できる 2. 病院・看護部の組織と役割について理解できる 3. 医療チームの一員としての役割を理解し、連携がとれる 4. 職業人として責任ある行動が取れる 5. 就業規則にそった勤務ができる 6. 自己の健康管理ができる 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 笑顔で挨拶ができる 2. 患者家族を尊重した言動がとれる 3. 患者家族に誠意を持った対応ができる 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者とコミュニケーションが取ることができる 2. 患者のニーズが理解できる(指導を受けて理解できる) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の安全を考慮した環境整備及び調整ができる 2. 病床周辺の整理整頓ができる
<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護師(療養介助職)の指導を受けながら援助計画が考えられる 2. 患者に適した援助方法が考えられる 3. 患者の一日の生活に応じた援助が考えられる 	<ol style="list-style-type: none"> 3. 病棟及び患者の一日の流れに応じた物品の準備ができる 4. 安全や感染予防を考慮した物品管理ができる 5. 看護用品の正しい取り扱いができる 6. 患者の衣類、リネンの管理ができる
<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護師(療養介助職)と共に、患者の安全安楽を考慮した援助ができる <ol style="list-style-type: none"> ① 環境整備及び調整技術 ② 食事援助技術 ③ 排泄援助技術 ④ 活動・休息援助技術 ⑤ 清潔・衣生活援助技術 2. 援助後の患者の反応を報告できる 3. 援助を振り返り、次回に活かすことができる 4. 看護用品の正しい取り扱いができる 5. 消耗品の節約ができる 	<ol style="list-style-type: none"> 7. 消耗品の節約ができる
<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院の安全管理について理解できる 2. アクシデント・インシデントの報告ができる 3. 破損・紛失・故障時速やかに報告できる 4. 感染の基本的知識と防止策が理解できる 5. 上記「3」「4」発生時、どのような手続きが必要か理解できる 6. 指導を受けて事を次回に活かすことができる 	

表5 業務区分

国立病院機構 福岡病院

患児(者)の 状態 種	超重症児 準超重症児 (人工呼吸器装着を含む) 大島の分類1~4				骨密度が低い 拘縮が強い 変形が強い				機能障害 (麻痺、視覚障害、聴覚障害等)もあるも自力で移動可				
	看護師	療養介助職	生活支援員Ⅰ	生活支援員Ⅱ	看護師	療養介助職	生活支援員Ⅰ	生活支援員Ⅱ	看護師	療養介助職	生活支援員Ⅰ	生活支援員Ⅱ	
援助内容													
モーニングケア	●	●	×	×	●	●	◎	×	●	●	●	×	
イブニングケア	●	●	×	×	●	●	◎	×	●	●	●	×	
口腔ケア	●	◎	×	×	●	●	◎	×	●	●	●	×	
ひげ剃り	●	●	◎	×	●	●	○	×	●	●	●	×	
手浴	●	◎	◎	×	●	●	○	×	●	●	●	×	
入浴介助	●	◎	◎	×	●	◎	◎	×	●	●	○	×	
陰部洗浄	●	◎	◎	×	●	◎	◎	×	●	●	●	×	
更衣	●	◎	◎	×	●	◎	◎	×	●	●	●	×	
洗髪	●	◎	◎	×	●	●	◎	×	●	●	○	×	
おむつ交換	●	◎	×	×	●	◎	◎	×	●	●	●	×	
トイレ誘導	●	◎	×	×	●	◎	○	×	●	●	●	×	
体位変換	●	◎	×	×	●	◎	◎	×	●	●	●	×	
ストレッチャー移動	●	◎	×	×	●	◎	◎	×	●	●	○	×	
ストレッチャー移送	●	◎	◎	×	●	●	◎	×	●	●	○	×	
車いすへの移動	●	◎	×	×	●	◎	◎	×	●	●	○	×	
車いす移送	●	◎	◎	×	●	●	◎	×	●	●	●	×	
食事介助	●	◎	×	×	●	●	◎	×	●	●	●	×	
シーツ交換	●	◎	×	×	●	◎	◎	×	●	●	○	×	
爪切り	●	●	◎	×	●	●	○	×	●	●	●	×	

◎:看護師と共に実施可 ○:看護師または療養介助職と共に実施可 ●:自己の判断で実施可 ×:実施不可

も2ケースにおいて、病院は転院をすすめても親が納得しなかった)

5. 介護度判定が児童にないため、原行では療養介護病棟へ児童のふりわけができない。当院は傾斜配置をしているため、医療が密でない児童の入所病棟をどうするかを解決しなければいけない。(現在、経管栄養の児童は医療中心病棟に、経口摂取できる子は他の病棟にしているが児童は全員医療病棟にいれなくてはいけないのか。実際は療養介護病棟に措置となっている児童が1名いる。)

6 療養介護施設として成人期発症の疾患や事故の方がはいるとなると小児科医(だけ)でよいのか。また小児(神経)科医で成人の重症心身障害者をみること

を希望する医師は少ない。

7 生活支援員の質の問題。非常勤であること、専門の教育をうけていないことなどより、患者さんのプライバシーに関することやリスクのこと、清潔の概念など指導すべきことが多い。(感覚が違う)

8 個別支援プログラムの実践
今回、プログラムの説明を行ったところ、家族からは大変好評であった。

9 療養介助職導入のメリット
看護スタッフとの業務分担がきちんとしてくればデメリットはない。むしろ、彼らの指導のため看護スタッフが勉強をする、介護の専門家としての視点が周囲に刺激を与える、病棟が明るくなるなどの

表6 病棟の現状

	9F	10F	11F	合計
療養介護	20	39	38	97
重症心身障害児	15	0	0	15
措置	2	0	1	3
合計	37	39	39	115

表7 超重症児スコアと区分

スコア	区分6	区分5	区分4以下	合計
40以上	3	0	0	3
30以上	2	0	0	2
25以上	9	1	0	10
10～24	5	1	0	6
6～9	7	1	0	8
0～5	50	10	0	60
非該当	3	5	0	8
合計	79	18	0	97

メリットがある。

肢体不自由児施設における重症児の医療・療育の ニーズに関する研究

旭川荘療育センター療育園 院長：小田 浩
研究協力者 旭川療育園 園長：赤澤 啓史
旭川療育園 児童指導員：杉本 明生

【研究要旨】

平成18年10月から障害者自立支援法が重症心身障害児施設ならびに肢体不自由児施設でも導入された。今後様々な検討を加え5年後には上記2施設群も新体系に移行することとなっている。本研究は未だ示されていない肢体不自由児の施設入所の障害程度区分が適切に行われるために利用児の実態調査を行った。

A. 研究目的

未だ示されていない児童の障害程度区分が適切に行われるため、現時点での肢体不自由児施設利用重症児の実態を明らかにすること。

B. 研究方法

研究初年度は全国63肢体不自由児施設の平成18年度版全国肢体不自由児施設実態報告書を用い¹⁾、全国肢体不自由児施設運営協議会加盟の63施設の利用児像を1) 利用児者数、2) 大島分類ならびに重症度について調査した、また、63施設中4施設の利用児（契約児、措置児）の障害程度の実態を平成18年3月に示された障害児の居宅介護、児童デイサービス、短期入所の支給単価区分1～区分3による、5領域10項目を用い調査した（表1）。

C. 研究結果

1) 定員4,326名に対し、入園児は2,507名で利用率は57.9%であった（表2）。

2) 大島分類1～4に該当する対象は890名で2,507名中35.5%であり、大島分類5～9に該当する児童数は409名16.3%であった。大島分類1～9を重症心身障害児とすると、51.8%と半数以上を占めていた（表3）。

3) 利用児の医療ニーズについては超重症児が34名で2,507名中1.4%、準超重症児は100名で4.0%であり、あわせて5.4%であった（表4）。

Ⅱ. 障害程度区分について

児童入所に関しての障害程度区分は児童の特性から未だ示されていない。そこで本年度

表1 障害児の調査項目（5領域10項目）

	項目	区分	判断基準
①	食事	・ 全介助 ・ 一部介助	全面的に介助を要する。 おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する。
②	排せつ	・ 全介助 ・ 一部介助	全面的に介助を要する。 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する。
③	入浴	・ 全介助 ・ 一部介助	全面的に介助を要する。 身体を洗ってもらうなど一部介助を要する。
④	移動	・ 全介助 ・ 一部介助	全面的に介助を要する。 手を貸してもらうなど一部介助を要する。
⑤	行動障害 および 精神障害	・ ある ・ ときどき ある	ほぼ毎日ある。 週1・2回程度以上ある。 (1) 強いこだわり，多動，パニック等の不安定な行動。 (2) 睡眠障害や食事・排せつの係わる不適応行動 (3) 自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり，器物を壊したりする行為。 (4) 気分が憂鬱で悲観的になったり，時には思考力が低下する。 (5) 再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。 (6) 他者と交流することの不安や緊張のため外出できない。また，自室に閉じこもり何もしないでいる。

*通常の発達において必要とされる介助等は除く

単価区分について

【区分3】①～④の項目のうち「全介助」が3項目以上または⑤の項目のうち「ある」が1項目以上

【区分2】①～④の項目のうち「一部介助」が3項目以上または⑤の項目のうち「ときどきある」が1項目以上

【区分1】区分1又は2に該当しない児童で，①～⑤のうち「ある」，「ときどきある」，「一部介助」または「全介助」が1項目以上とする。

表2

施設数	定員	実利用児数	利用率
63	4,326床	2,507名	57.9%

表3 大島の分類

大島分類	児童数
1 ～ 4	890名 (35.5 %)
5 ～ 9	409名 (16.3 %)

全児童数 2,507名

表4 重傷度について

超重症児	34名 (1.4 %)
準超重症児	100名 (4.0 %)

全児童数 2,507名

は平成18年3月に示された障害児の居宅介護、児童デイサービス、短期入所の支給単価区分1～区分3による、5領域10項目を用い4肢体不自由児施設（公立公営2、公立民営1、民立民営1施設）の措置児ならびに契約児を判定した。対象児童数は今回調査対象とした4施設の計119名（男児78名、女児41名）である。

D. 結果

1) 食事について

全介助は119名中64名で54%、部分介助は33名29%であり、他は自立していた。

2) 排泄について

全介助は119名中80名で67%、部分介助は29名24%であり、他は自立して

いた。

3) 入浴について

全介助は119名中84名で71%、部分介助は29名24%であり、他は自立していた。

4) 移動について

全介助は119名中76名で64%、部分介助は30名25%であり、他は自立していた。

5) 行動障害および精神症状について

あると判定されたものは119名中11名で9%、ときどきあると判定されたものは20名17%であり、のこりはなかった（表5）。