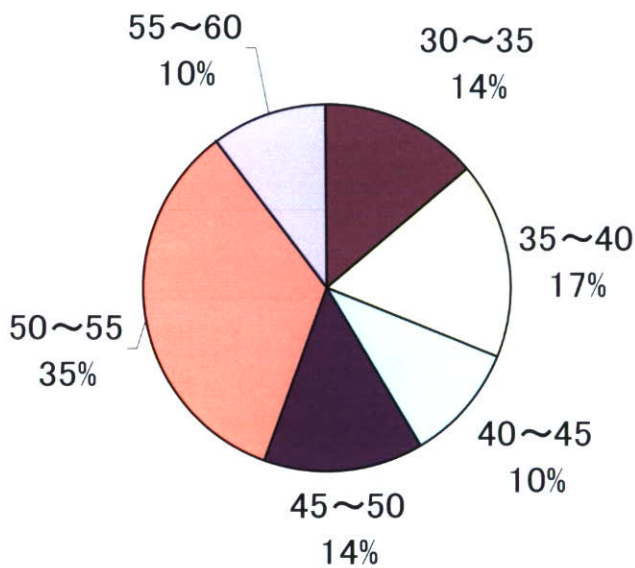


図2 動く重症児（全体）の年齢比率

動く重症(男性)の年齢別比率



動く重症(女性)の年齢別比率

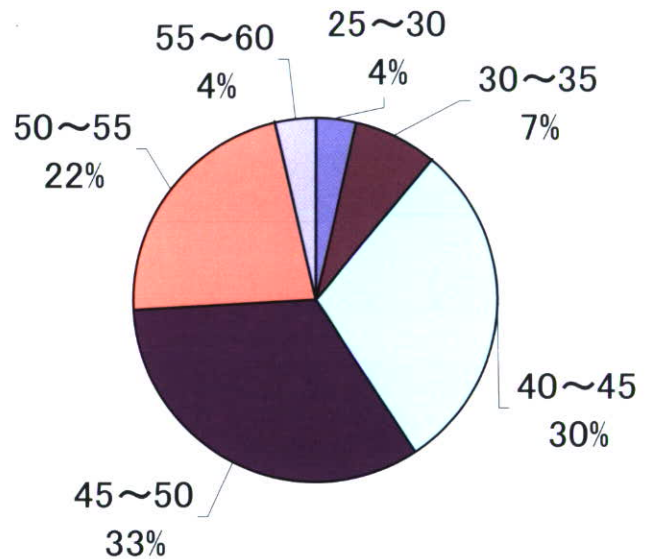


図3 動く重症児(者)の性別年齢層比率

実態に関する調査がある²⁾。このチェックリストの項目と、障害程度区分判定の関連項目を、比較検討した。チェックリストは平成18年4月1日現在で作成されたものを使用した。チェックリストのうち、移動、排尿、排便、食事の介助、コミュニケーション（理解能力、表現能力）、問題行動（異常習慣・対人関連行動）を比較検討の対象とした。また、経年変化の著しい利用

者について調査した。

3. 医療内容の検討：2006年1月より1年間に「動く重症児・者」に対して行われた医療内容を検討した。
4. 医療費の面から、動く重症児の所属する病棟と、それ以外の病棟の医療費とを比較検討した。

[結果]

1. 障害程度区分判定：動く重症児を基準時間の積算では区分5、6の療養介護対象にならない区分となったのが、全体の約3分の1程度となった。プロセス1、2であまり変化はない（図4）。

基準時間の分布を示す。表の数値を10で割ったものが分であらわされる基準時間となる（表2）。基準時間の合計でも、最小約42分、最大約140分と3倍近い開きがある。平均は約95分であった。

これを、同じ病棟で動く重症児と判断さ

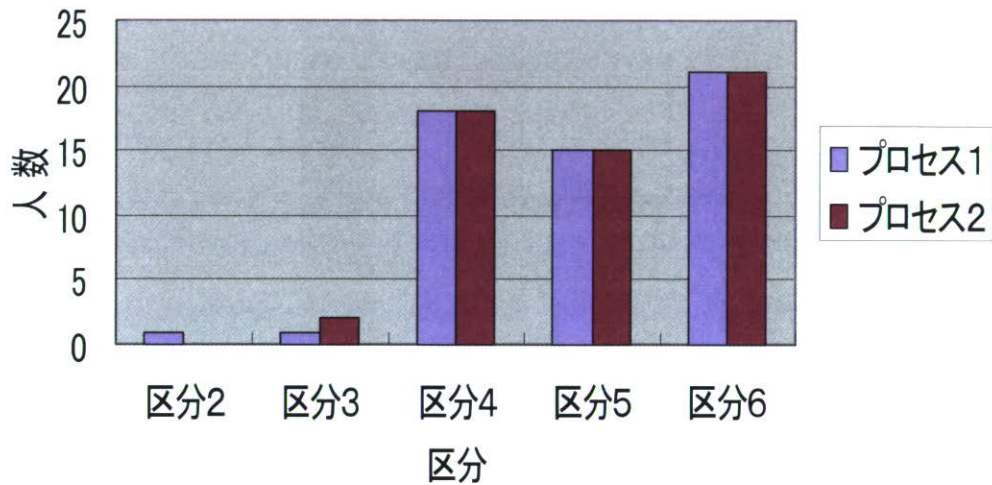


図4 プロセスによる区分の変化

表2 基準時間の範囲

6)基準時間 (7~14の合計)	7)食事	8)排泄	9)移動	10)清潔保持	11)間接生活介助	12)問題行動関連介助	13)機能訓練関連行為	14)医療関連行為	
平均	953	177	198	171	165	119	64	25	48
最高	1386	515	248	241	322	183	203	57	216
最小	418	7	48	60	104	32	1	4	33

れなかった利用者の基準時間と比べてみた(図5)。ケアの少ない人が中心であるが、年齢のマッチング等を行っていない。介護時間は、合計の平均でみると重症児・者全体と動く重症児・者でほとんどかわらず、

その他の項目でも、両者の分布はかなり重複している。

次に、この障害程度区分判定と、チェックリストの関連項目を、比較検討した。移動能力に関する項目では(図6)、見る視

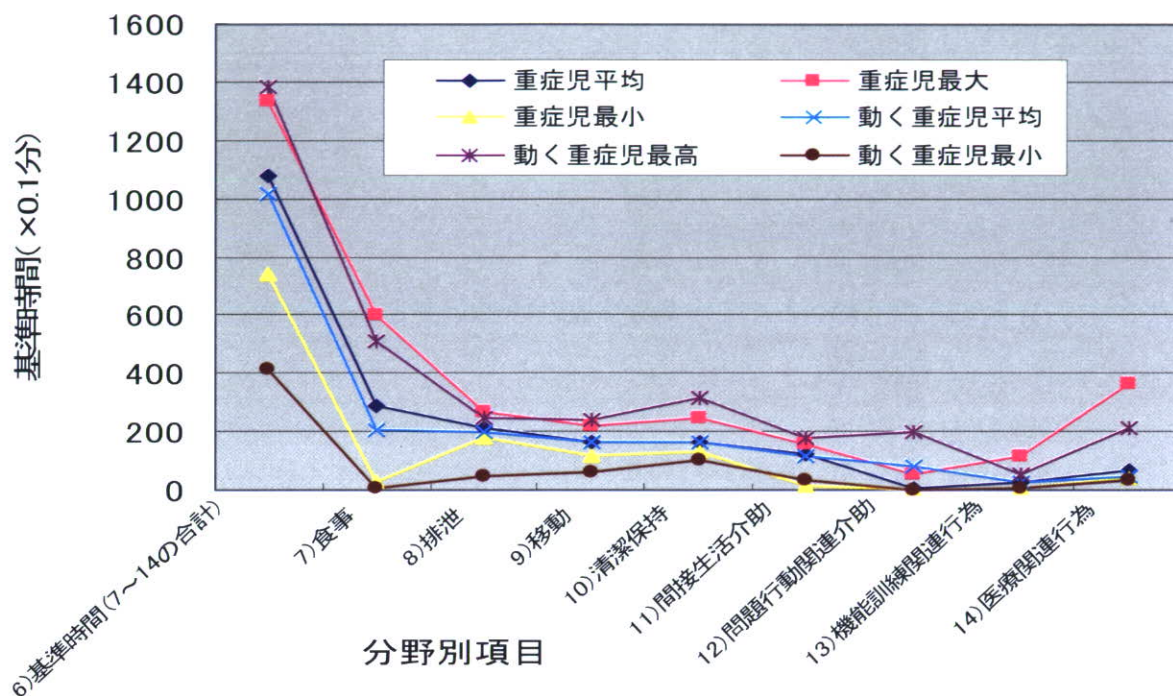


図5 基準時間

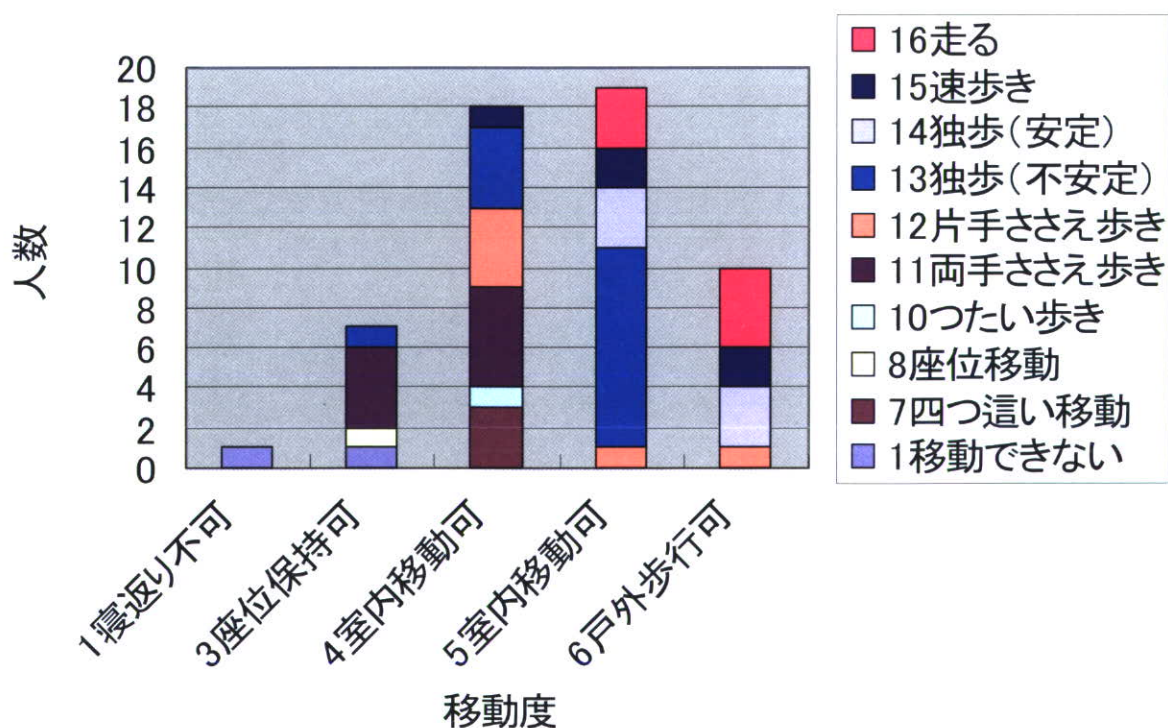


図6 移動度とチェックリストの「移動」との関連

点が違うとはいえ、特に中間の移動可、室内歩行可といった項目で、著しい不一致が見られる。

移動能力については、経年的な変化も考

慮する必要がある。当センターでの事例を列挙した（表3）。

食事介護に関する項目を比較する（図7）。

表3 移動能力の低下をきたした例

- 55歳女性
 - 31歳 座位可、四つ這い、膝歩き、つかまり歩き可、歩行器による歩行可
 - 44歳 バニーホッピング様の動作あり
 - 現在 寝返り不可
- 58歳女性
 - 5歳 校庭2~3週歩行可
 - 33歳 近隣まで介助歩行で散歩
 - 37歳 歩行時ふらつき多く四つ這い移動が主となる
 - 50歳 四つ這いで怪我が多くなりいざり移動が主となる
 - 現在 移動ほとんどなし、座位保持可
- 56歳女性
 - 44歳 座位可、介助歩行可だが転倒多い
 - 46歳 座位保持困難
 - 現在 寝返り不可
- 53歳女性
 - 44歳 自力歩行が少なくなり転倒しやすい
 - 51歳 介助歩行減少
 - 現在 座位保持困難

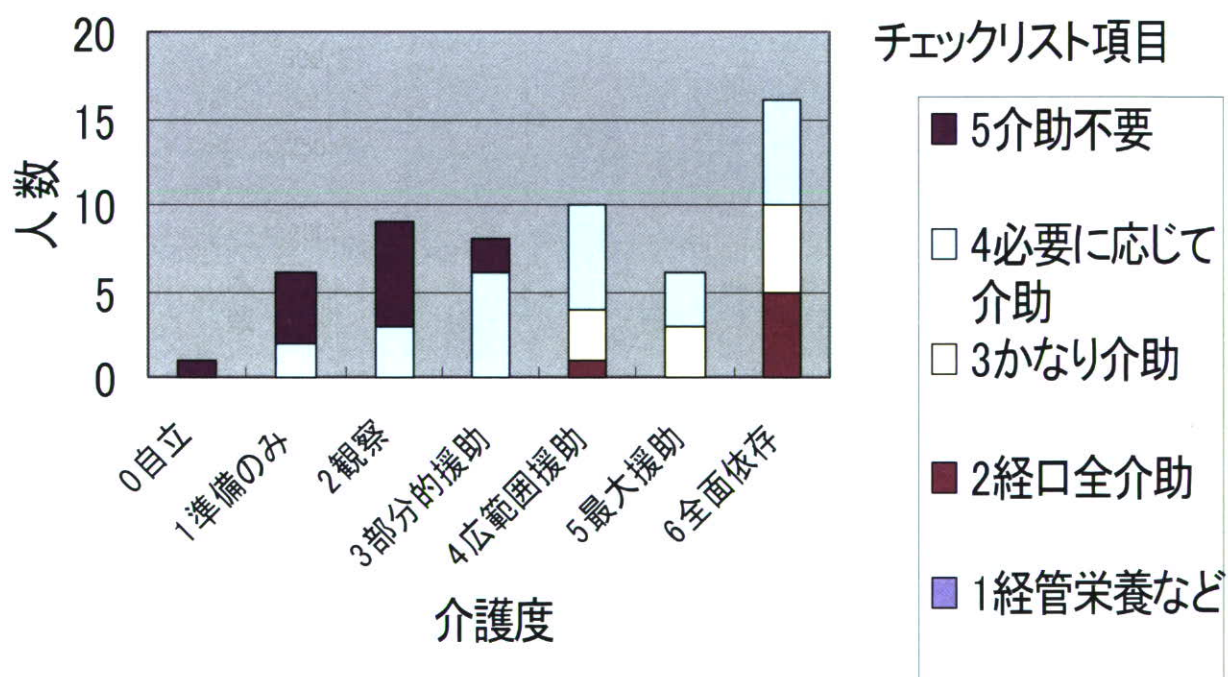


図7 食事介護度とチェックリストの「食事の介助」との関係

排泄のうち、排尿介護に関する項目を比較した（図8）。介護度が高いものが多い。

排便介護に関する項目でも、同様に介護度が高い傾向である（図9）。

知能に関する項目を、チェックリストの「理解」に関する項目と比較した（図10）。同様に知能と表現の関連を示す（図11）。

言語理解不可の群が多い。また、簡単な言葉や身ぶりを理解する、身ぶりやサインで表現するとチェックリスト上は分類された利用者が、障害区分では各区分にまたがる傾向があった。

各々の問題行動の出現する頻度をチェックリストからみた（図12）。排他・拒絶的

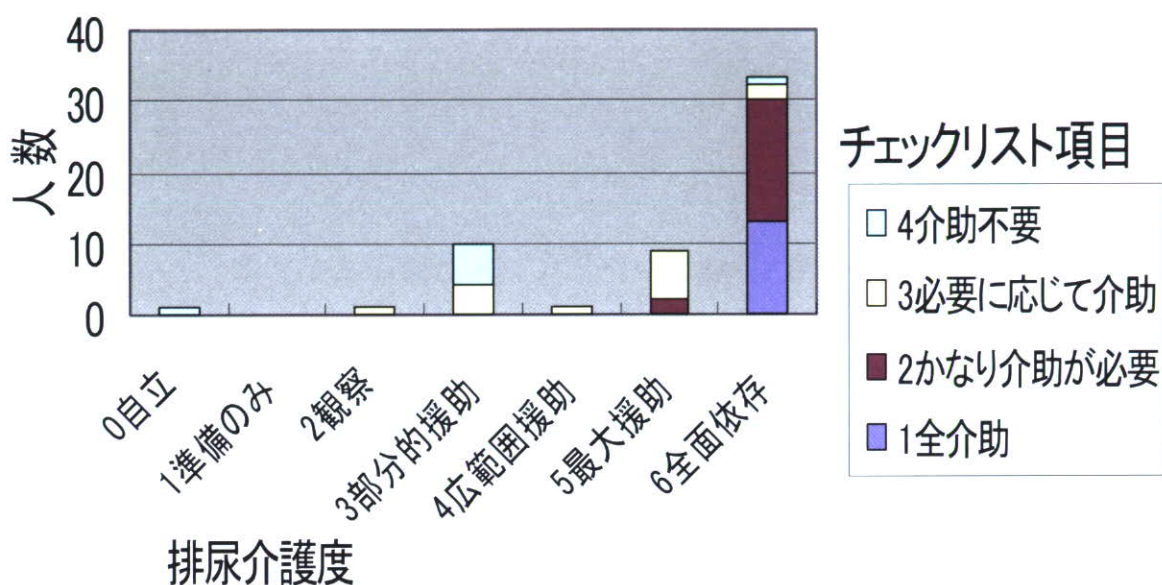


図8 排尿介護度とチェックリストの「排尿の介助」との関係

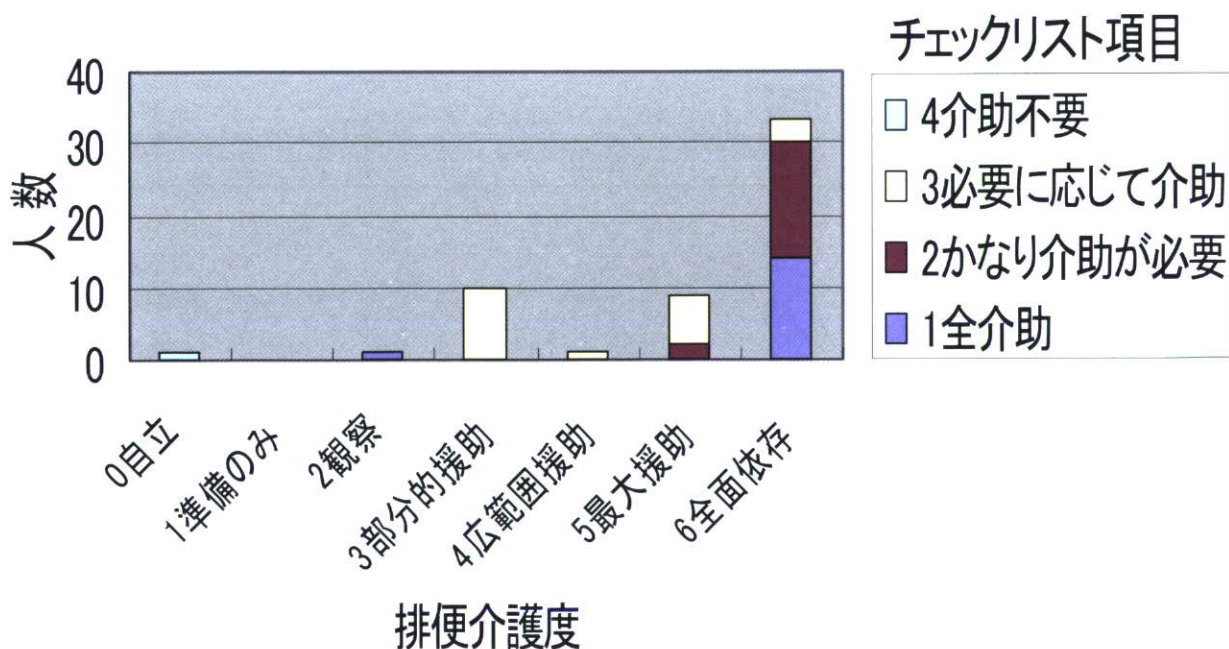


図9 排便介護度とチェックリストの「排便」との関係

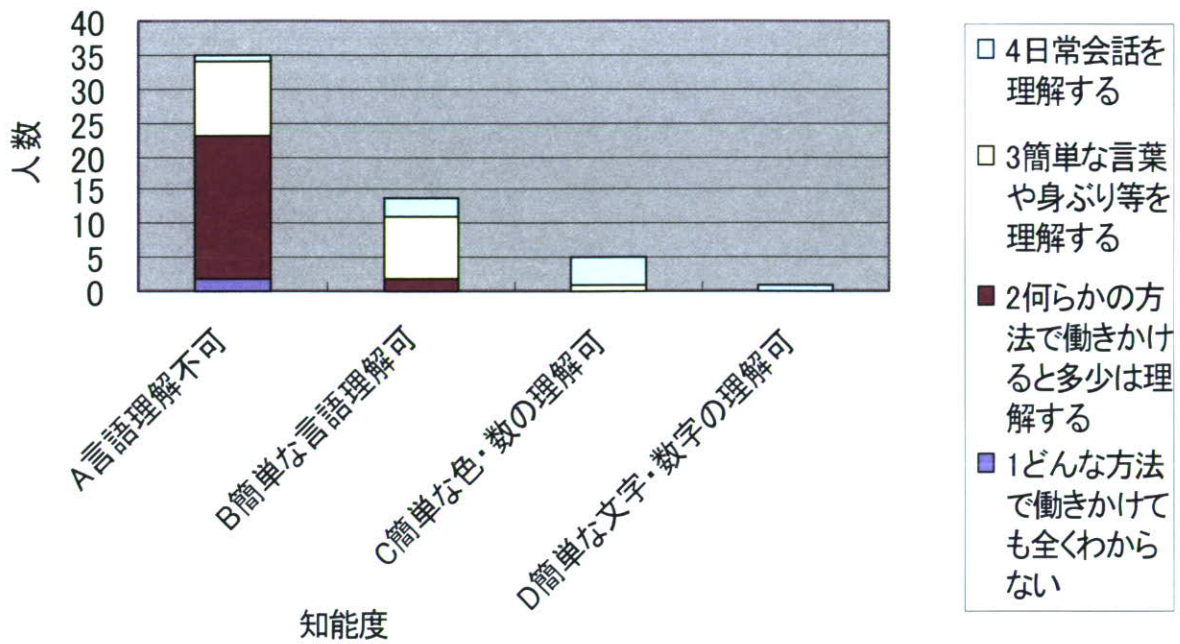


図10 知能度とチェックリストの「理解」との関係

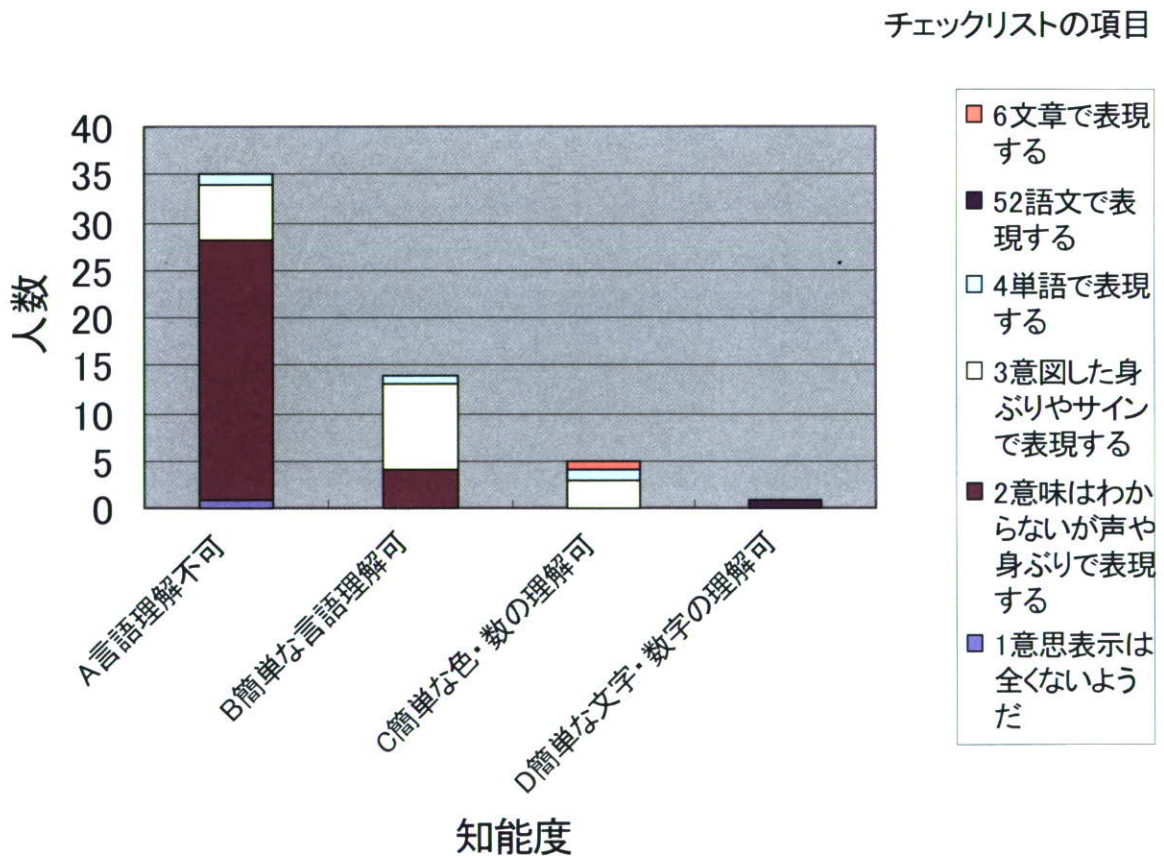


図11 知能度とチェックリストの「表現」との関係

傾向や自傷、常同行為などが多い傾向で、40～60%にみられている。

行動障害や問題行動に関するチェックリスト上の項目と、問題行動関連の介護時間との関係を比較した（図13）。問題行動が

あった場合に、介護時間にそれが反映するかどうかを見たものであるが、便こね、いたずらなどは介護時間の増加につながっていた。しかし、自傷、他害などは変化がなく、実態を反映しない可能性がある。

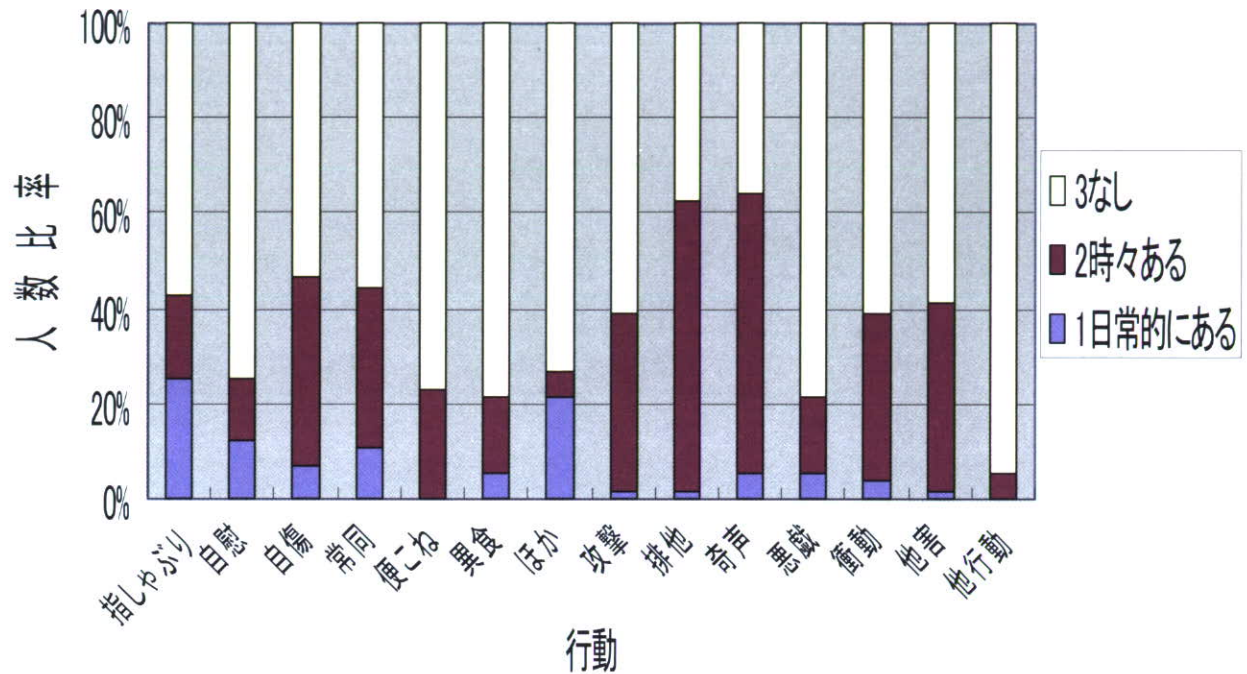


図12 チェックリストによる問題行動・対人関係行動の人数比率

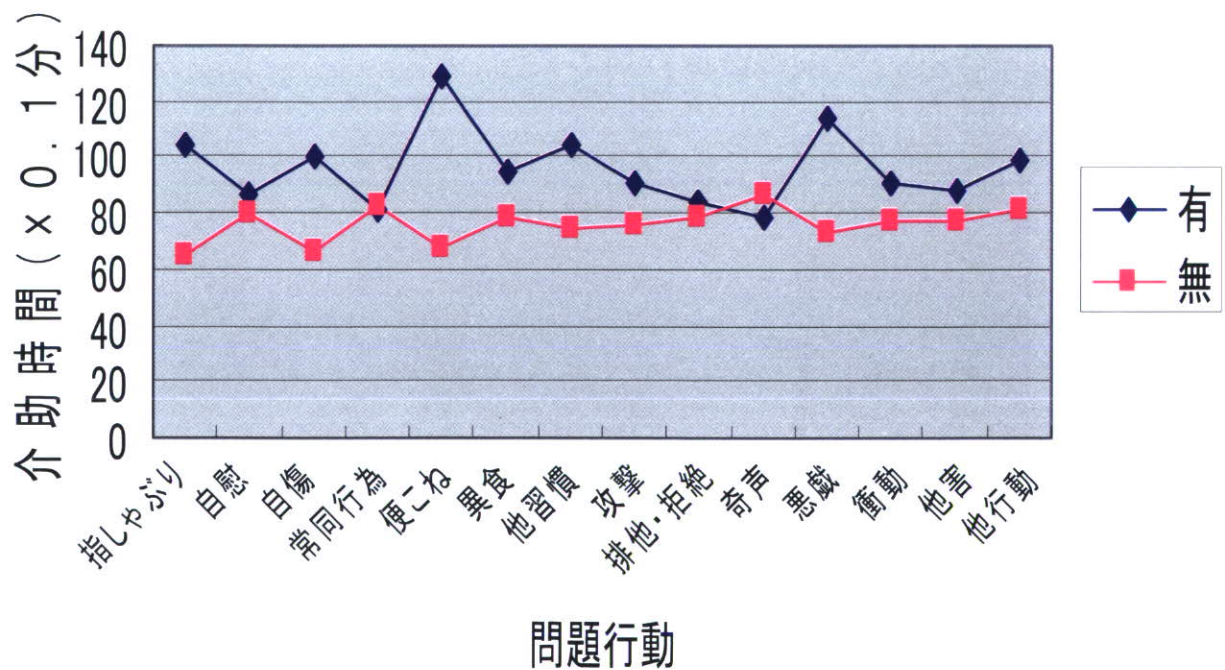


図13 各問題行動と介助時間

島田療育センターでの医療の実際を示す(表4)。向精神薬は約35%に使用されていた。

てんかんの頻度を障害区分ごとに示す。障害程度の低い群でも、あまり傾向は変わらない(図14)。

抗けいれん剤の使用状況も同様である(図15)。

島田療育センターでの実際の医療費を示す(図16)。当該病棟全体で算出した。入院料は一人一日あたりで一般の重症児病棟と数百円の差である。

入院料以外の医療費収入では、一般の重症児病棟より半分から三分の一程度となっている(図17)。

表4 医療の実際

- 向精神薬使用 男性10名、女性9名
- 骨折 女性1名(第5指基節部)
- 外傷 打撲、裂傷など8件(縫合、CT, X線撮影など処置を要したもの)
- 感染症 尿路感染症3件、肺炎2件、気管支炎3件、(うち誤嚥による2件)、皮膚感染症2件、感染性胃腸炎3名(散発)
感染予防: 帯状疱疹、予防接種(B型肝炎、インフルエンザその他)
- 成人病 高血圧1名、高脂血症10名(治療食10名、薬剤投与6名)
 - 2006年より1年間の医療行為の要約

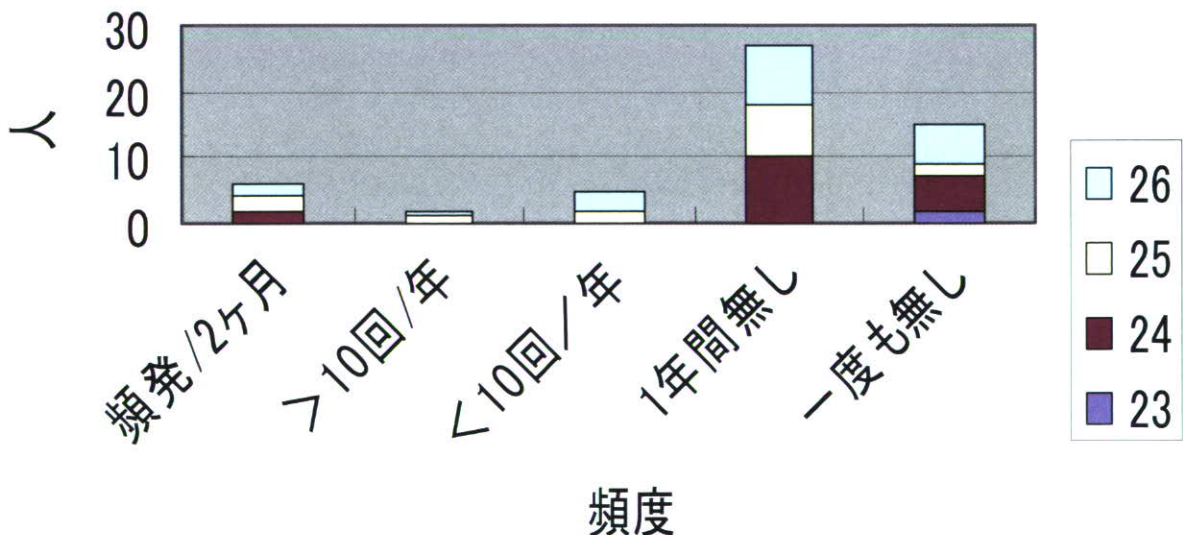


図14 てんかんの頻度と障害区分

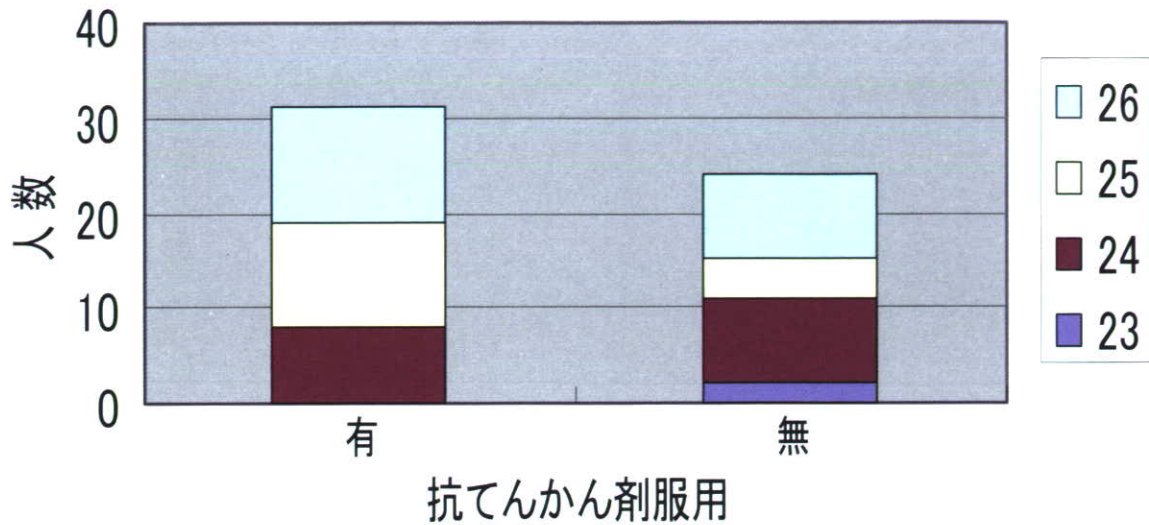


図15 抗てんかん剤服用と障害区分

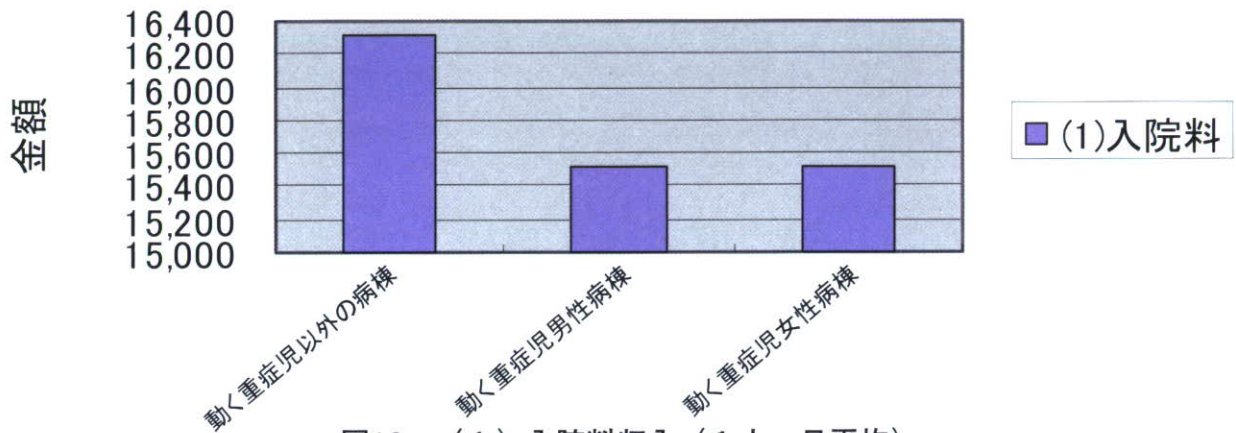


図16 (1) 入院料収入 (1人一日平均)

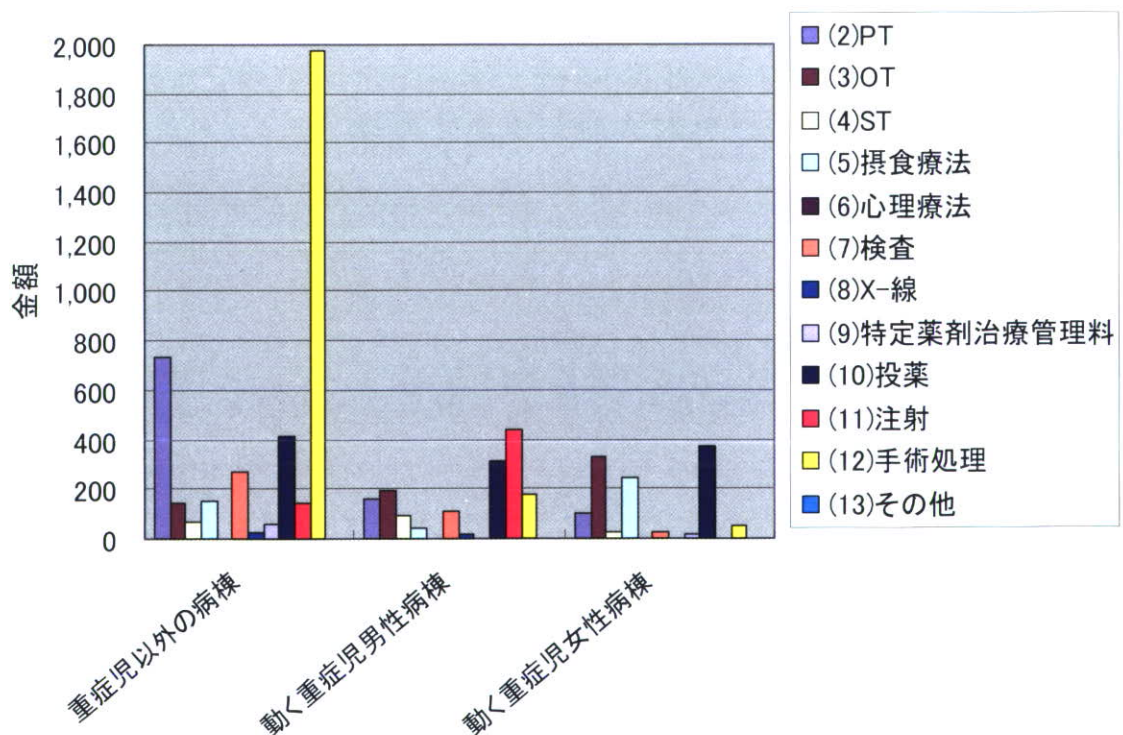


図17 入院料外の医療費収入 (1人一日平均)

【考察】

「動く重症児」の位置づけ：

「動く重症児」は、歴史的に重症心身障害児施設に処遇されてきたが、重症心身障害児の定義（表5）が定められていく一方で、施設入所利用者として一定の比率を占めている。歴史的な流れを振り返ると、昭和38年次官通達では、施設入所対象選定基準の第2項目に、動く重症児に対応する項目がある。

昭和41年に重度重複が重症心身障害児の定義となり、身体障害のないものが除かれる方向となった。

昭和42年後、児童福祉法の一部改正が行われるが、それに伴い、衆議院、参議院での附帯決議が、これまでの入所対象であったものへの配慮に言及し、昭和42年の通達で、継続入所がなされることとなった（表6）。

昭和45年の答申では、動く重症児は行動異常との関連で定義されるようになっている。

平成4年の厚生省心身障害研究において、動く重症児の類型が提唱された³⁾。I型からVI型までとなっている（表7）。

入所利用者における「動く重症児」：

平成5年度の調査では⁴⁾、公法人立施設の22%（実数1775人）に不安定独歩以上の運動能力があるとされている。その中では不安定独歩が11%と最も多い（表8）。

動く重症児病棟は平成5年の調査で15施設21病棟に設置され約1000床となっており、動く重症児・者全体の6割にあたる⁵⁾。

国立療養所では全体の17.6%であるが、動く重症児病棟の設置された10施設では入所利用者の70%以上が動く重症児となっている。

類型としては、身辺介助の必要性のある群が多く、ついで慢性疾患、行動異常群の順で、不安定独歩が6割を占めていた⁶⁾。

表5 「動く重症児」の定義

- 昭和38年厚生省次官通達（昭和38年7月26日）：
 - － 重症心身障害児施設入所対象選定基準
 - 高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり、精神薄弱を伴うもの。ただし、盲または聾啞のみと精神薄弱が合併したものを除く。
 - 重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより高度の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの。
 - リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不相当と考えられるもの。
- 昭和41年厚生省次官通達（昭和41年5月14日）：
 - － 定義：身体的・精神的障害が重複し、かつ、それぞれの障害が重度である児童および満18歳以上の者（重症心身障害児（者））
- 昭和45年12月 中央児童福祉審議会「いわゆる動く重症児について」答申
 - － 動く重症児とは
 - 精神薄弱であつて著しい行動異常を有するもの
 - 精神薄弱以外の精神障害であつて著しい行動異常を有するもの

表6 動く重症児(者)継続入所の根拠

- 第55回国会議事録 衆議院 - 社会労働委員会 - 30号(昭和42年07月21日)

児童福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

わが国の心身障害児(者)対策は、先進国にくらべてかなり立ち遅れている現状にかんがみ、政府は、左記の事項につき適切な措置を講ずるよう努力すべきである。

一、(略)

一、重症心身障害児施設の入所児童の選定にあたっては、重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより、重度の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において、集団生活指導が不可能と考えられるもの及びリハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不相当と考えられる等、従来、重症心身障害児施設の入所対象としたものをも含めて、配慮するよう努めること。

(以下略)

- 昭和42年8月24日発児第101号
 - 従来 of 通達によつて、現に施設に入所している児童又は入所対象とされていた児童であつて、前記の重症心身障害児と同様の保護等を必要とする者については、引き続き当該重症心身障害児施設に在所させ、又は入所させる措置を講じてさしつかえないものであること。

表7 「動く重症児」の類型

- I型 歩行障害のため集団生活での安全確保困難
- II型 視覚・聴覚の障害により、集団生活での安全確保困難
- III型 最重度精神遅滞により危険回避および身辺処理に介助が必要
- IV型 難治てんかん、身体虚弱、易感染性、栄養障害による入院加療の必要性
- V型 著しい行動異常があり、精神科的入院医療および介護の必要性
- VI型 その他
 - 中島洋子:強度行動障害の類型化と処遇システムに関する研究。平成4年度厚生省心身障害研究

障害程度区分判定とチェックリストとの比較：

障害程度区分判定のシミュレーションから、「動く重症児」の一部が療養介護対象と判定されない可能性が示唆された。しかし、動く重症児全体で見ると、介護時間の分布は重症児一般と乖離しておらず、グループとして介護量から全く別個のものとは考えにくい。そこで個々の介護の実態を日常の観察と介護の実態を反映していると思われるチェックリストの関連項目を障害程度区分判定の項目と比較した。移動の項目では、どちらも尺度的な構造をしているにもかかわらず、著しい不一致が認められた。当人のケアを経験したものであれば移動が可能である場合でも、人手が足りない、あるいは経験が蓄積できない状況では、移動が不可となる場合もあるのではないかと考えられる。また、目的を持った移動とは限らず、当人に不安定であることの意識がない場合も多く、見守りの必要性も高まることが考えられる。また、移動能力を中心に機能的変化を短期間にきたした利用者もあり、このような変化により処遇が変わることが予測された。簡単に処遇を変えることのできない状況では、判定にあたってある程度の期間の変化を見込む必要がある。食事の介助に関しても、両者の開きはかなりみられる。実際の介助量と、経験による予測や見守りなど、食事動作の介助だけではない介護が、介護度に十分反映されない可能性がある。

排泄介助では、全体に介護の必要度が高かった。ここでも、訴えの有無や、行動異常の側面を考えると、普段の見守りも含めて排泄の介護と考えるべきであろうと思われる。

障害程度区分判定では、知能度は言語的理解など、指示理解から図られている。長年の経験から利用者のわずかなサインがわかる場合と、そうでない場合には、ケアの質に影響するものと思われる。理解をしているかどうか、利用者本人の能力より、ケアの技術の面が強いのではないかと考えられる。

強度行動障害は、動く重症児の中でもひとつの類型を示すが、全体としては3分の1程度に見られ、かつ歩行不安定や身辺介助の必要性など、他の要素を併せ持つ利用者も少なくない(表8)。強度行動障害は知的障害の分野で対応がなされるようになってきた⁷⁾。その判定基準を表9, 10に示す。自傷、他害、こだわり、破壊、などの他者との関わりに関する項目、睡眠、食事、排泄などにおける項目、多動、騒がしさ、パニック、威嚇などが続く。チェックリストにもこれらに類する項目があるが、問題行動の重大さが必ずしも障害程度区分判定上の介護時間に反映していない。

医療の側面では、一般の重症児でみられる合併症や治療以外に、動く重症児者特有の問題も存在する(表11)⁸⁾。行動異常への対応は、向精神薬の使用や、それに伴う精神科医による観察、安全確保のための指示、それに基づく職員の見守りなどを必要とする場合がある。移動が可能であり、なおかつそれが多くの場合不安定で、さらに有目的、合理的な行動に結びつかないときには、外傷などのリスクが高まる。感染症も、利用者の移動により、移動能力の低い重症児の病棟よりその

表8 動く重症児類型の実態

- 入所児者数
 - 公法人立施設の22%(平成10年調査、実数1775人)に不安定独歩以上の運動能力があるとされている。その中では不安定独歩が11%と最も多い。
 - 動く重症児病棟は平成5年の調査で15施設21病棟に設置され約1000床となっており、全体の6割にあたる。
 - 国立療養所では全体の17.6%であるが、動く重症児病棟の設置された10施設では入所利用者の70%以上が動く重症児となっている。
 - 中島(重症心身障害療育マニュアル第2版、2005年、医歯薬出版)
- 類型別比率(重複可とする場合)

- 3型(身辺処理に介助を要する)	66.9%
- 4型(慢性疾患を持つ)	38.3%
- 5型(行動異常が著しい)	33.1%
- 移動能力

- 不安定独歩	63.6%
---------	-------
- 大島分類

- 5	57.8%
-----	-------

 - 笹野ら、重症心身障害施設における「動く重症心身障害児の実態に関する研究。厚生省心身障害研究、平成7年度

表9 強度行動障害について

- 強度行動障害の目安と内容例
- 行動障害の内容 (行動障害の目安の例示)
 - 1 ひどい自傷 肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。
 - 2 強い他傷 噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。
 - 3 激しいこだわり 強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルを離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。
 - 4 激しいもの壊し ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服を何としてでも破ってしまうなど。
 - 5 睡眠の大きな乱れ 昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。
 - 6 食事関係の強い障害 テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘、石などを食べ体に異状をきたしたことのある拒食、特定のものしか食べず体に異状をきたした偏食など。

表10 強度行動障害（続）

- 7 排泄関係の強い障害 便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁になすりつける。強迫的に排尿排便行動を繰り返すなど。
- 8 著しい多動 身体・生命の危険につながる飛びだしをする。目を話すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険な所に上る。
- 9 著しい騒がしさ たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。
- 10 パニックがもたらす結果が大変なため処遇困難 一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまられずつきあっていられない状態を呈する。
- 11 粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難な状態 日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。
- ・ 強度行動障害判定基準表
- ・ 行動障害の内容
 - 1点 週に1・2回 3点 一日に1・2回 5点 一日何度も
 - 項目10, 11は症状があれば5点とする
 - 上記基準によってチェックした結果、家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても、過去半年以上様々な強度の行動障害が継続している場合、10点以上を強度行動障害とし、20点以上を特別処遇の対象とする。

表11 医療的介入

- ・ 動く重症児(者)に見られる合併症および治療
 - 神経系 てんかん、抗てんかん剤
 - 精神 行動異常、向精神薬
 - 循環系 低血圧、突然死
 - 呼吸器 肺炎、気管支炎、喘息
 - 消化器 便秘、イレウス、食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎
 - 骨格系 骨折、骨そしょう症
 - 皮膚疾患 外傷・外傷由来感染症、湿疹、白癬
 - 耳鼻科疾患 慢性中耳炎、耳垢栓塞
 - 歯科・口腔 う歯、歯石、
 - 泌尿器 尿路感染症
 - 感染症 インフルエンザ、感染性胃腸炎

伝播により注意が必要な場合がある。

要とする。

骨折はどちらかといえば四肢末端に多い傾向である。外傷は時に緊急性の高い医療を必

家族からの要望：

平成19年8月全国重症心身障害児(者)を守

る会が、厚生労働省障害福祉課との意見交換で提出した資料をホームページから動く重症児関連の記載を抜粋して示す(表12)。動く重症児・者と、強度行動障害が分けられてい

るが、いずれに対しても適切な処遇体系を求めている。

同じく2回目の意見交換での資料である(表13)。障害程度区分判定の適正化と、療

表12 障害児支援の今後のあり方に関する意見交換資料
(全国重症心身障害児(者)を守る会、平成19年8月1日)

- 現状では、以下の障害状態のものが障害児施設に入所している場合がある。
 - ①障害が重度重複するが移動困難だが意思伝達可能なもの(重度重複障害)
 - ②重複障害であるが自力歩行で動けるもの(動く重症児)
 - ③行動が激しく、自傷、他害を及ぼすもの(強度行動障害児)
- 当時の社会的事情によって、重症児者と認定されている。(②、③)
- 施設で障害程度の改善・軽減したものが含まれる(①、②)
- それぞれの障害の状態に応じた適切な処遇体系の中で支援が行われるよう検討すべきである。(②、③)
 - (動く重症児者関連の項目の抜粋)

表13 障害児支援の今後のあり方に関する意見交換資料
(全国重症心身障害児(者)を守る会、平成19年8月25日)

- 児・者一貫体制を維持してください(重症児者の親の願い)
 - 児童福祉法の見直しに当たっての懸念・要望
 - 障害程度区分について
 - ①障害者自立支援法に基づく障害程度区分判定のための現行の調査項目では、障害児の障害程度を十分に反映した判断を出来るとは考えられません。
 - ②障害程度区分判定の適正化
 - » 障害程度区分の現行の判定基準は、重症心身障害児者の医療面が反映されていないなどの問題点がある。
 - » また、この判定によって療養介護とされない対象者についての受け入れ体制を確保して、不安のないようなものとしてください。
- (動く重症児関連項目の抜粋)

養介護対象でないものの受け入れ体制の確保を訴えている。

以上のように、動く重症児では歴史的過程で重症児施設が受け入れたが、法的整備や、受け入れ施設の拡充、行動障害対策などが進み、知的障害施設における受け入れや家庭での支援なども見られるようになった。一方で、重症児施設以外に受け皿がない実態もある。その理由は中島によれば、行動異常、障害の重度化（加齢等による）、医療・介護のニーズなどである⁵⁾。実態としては、行動異常より、身辺処理に介護を要する最重度精神遅滞が、動く重症児の中心であろうと考えられる。また、各類型の複合した場合に、処遇が困難となる可能性がある。

介護ニーズとしては、身辺の自立に見合う介護が必要である。自立的な活動の遂行は、それを企図したり実施したりする能力がマッチしていないと、有効ではなく、時に危険を伴う。例えば歩行が不安定であるのに、興味のあるものに突進したり、目的なく歩き続けるような場合である。一方で安全でない行動を制限すれば、それによる二次的な影響も考えられる。行動によっては、一律に制限せず、十分な見守りをするか、リハビリテーション的アプローチをすることが望ましい場合がある。食事・排泄・行動異常などの特性に応じた見守りを含む対応が、適切に行うことが可能な体制、特に行動異常と身体機能の低下など複合した要因に対応できる体制が必要であろう。

生活の質の面からは、発達水準にふさわしい活動の保証が望まれる。各施設での努力・工夫はあるが、自立支援法で示された、在宅を意識した生活のあり方、日中活動の工夫が

一層求められる。また、そのためには個室や、他の利用者などに影響されない環境が望ましいが、物理的環境の整備が十分でない施設がある。見守りなど安全管理との兼ね合いも注意しなければならない。

医療のニーズとしては、急変などに即応できる体制（突然死ニアミス、重症外傷、特に骨折）、急変を監視する看護体制、必要な拘束等が判断されかつ適正に履行される体制、運動機能、食事機能、排泄機能、知的機能、行動異常、生理学的指標等の適切なモニタリングおよびその対策の立案および実施などが必要と考えられる。

これらのニーズに対応する施設として、重症心身障害児施設は、不十分な点があっても、最も対応力を持つ可能性がある。仮に処遇が変更される場合でも、利用者のニーズを十分反映するような障害区分判定が必要で、そこには重複するニーズについての視点、利用者の特性としてのケアのニーズと、ケアを行うものの力量を区別することも必要である。またこれにより、介護ニーズが十分満たされる体系でなければならない。処遇が生活施設となった場合、ある程度は同一敷地内あるいは近隣の病院で医療ニーズの対応は可能であるが、日常的な監視・モニタリング体制に支障をきたす可能性があり、急変につながるサインを見逃す恐れがある。

以上をまとめると、動く重症児の対応には、まず①歴史を踏まえた対応が必要である。②動く重症児(者)のニーズは、介護の必要性、慢性疾患に対する医療が大きく、行動障害が必ずしも主体ではない。③介護のニーズを客観的かつ定量的に捉え、介護の質に反映できるような障害程度区分が必要である。特に重

複する問題やニーズを的確に捉えることが重要であり、問題が複合することによる介護の困難さを捉える必要がある。④医療ニーズは少なからず認められるが、今後それに対する対応を施設内の対応、協力医療機関との連携などに分けていくことを考えると、急変への対応、慢性疾患への対応など、ニーズの切り分けが必要となろう。その場合も、見守りや健康管理の必要性から特に看護師の関与の重要性が評価されなければならない。⑤動く重症児を見ていく施設が重症児施設であり続ける場合も、自立支援法の精神に基づき、発達段階に応じたプログラムや個人の尊重につながる配慮が必要と思われる。

文献：

- 1) 市町村審査会委員マニュアル。厚生労働省社会援護局障害保健福祉部、平成18. 3. 17。
- 2) 平成18年度全国重症心身障害児施設実態調査。社団法人 日本重症児福祉協会。2007年5月。
- 3) 強度行動障害の類型化と処遇システムに関する研究。中島洋子、平成4年度厚生省心身障害研究「強度行動障害の処遇に関する研究」。
- 4) 重症心身障害児施設における「動く重症心身障害児」の実態に関する研究。笹野京子、末光茂、平成5年度厚生省心身障害研究「心身障害児(者)の医療療育に関する総合的研究」
- 5) 動く重症心身障害児。中島洋子、重症心身障害療育マニュアル、江草安彦監修、第2版、医歯薬出版、2005年3月。
- 6) 重症心身障害児施設における「動く重症心身障害児」の実態に関する研究。笹野京子、江口和憲、山田千冬、末光茂、平成7年度厚生省心身障害研究「心身障害児(者)の医療療育に関する総合的研究」
- 7) 強度行動障害の医療に関わる研究。中島洋子、平成8年度厚生省心身障害研究「強度行動障害の処遇に関する研究」。
- 8) 国立病院機構8施設の「動く重症心身障害児(者)病棟」入院患者の状態像と合併症。會田千重、平野誠、日本重症心身障害学会誌、31(1)、99~106、2006。

国立病院機構での療養介護病棟移行 — 国立病院機構福岡病院の取り組み —

分担研究者 宮野前 健：国立病院機構南京都病院 副院長
研究協力者 大野 祥一：国立病院機構福岡病院 小児科医長
杉田 祥子：国立病院機構福岡病院 療育指導室長
村山 知生：国立病院機構福岡病院 療育指導室
出良 和之：国立病院機構福岡病院 経営企画課

【研究要旨】

国立病院機構の中で、福岡病院は障害者自立支援法施行に伴い重症児病棟を唯一療養介護事業に移行した施設である。一方公・法人立重症児施設では済生会明和病院「なでしこ」のみが移行した。この2つの施設は設立母体、運営理念、経営実態が大きく異なるが、その試みは重症児医療・福祉の将来に向けて重要な試金石となっている。

国立病院機構では旧療養所時代から重症児医療の現場でマンパワーが不足してきたことが指摘されている。この事を踏まえ福岡病院は障害者自立支援法成立を見越して、国立病院機構に於ける重症児医療の改革に取り組んだ。施設長の明確な目標設定とリーダーシップの下に、利用者2名に対して看護師1名（2：1看護基準）、生活支援員1名配置（2：1）を目標に、人件費等の収支を試算した上で経営上の影響を最小限に抑えながら計画的に改革を実行した。療養介助職は平成17年より国立病院機構で採用可能になり、いち早く福岡病院では8名ずつ各重症児病棟に導入している。社会福祉士などの高い専門的資格を有する若い人材の採用で病棟は活気が増し、療養介護事業移行時にはさらに生活支援員を採用することで療養生活の質の向上に大きく貢献している。重症児医療の現場は多職種が働く病棟になり、看護職、療養介助職・生活支援員や児童指導員・保育士の職務の分担・専門性を明確に定め、組織だった研修を実施して看護、療育や療養生活の質や専門性向上に努めている。また施設経営面では、採用人員増加による人件費増が経営を圧迫するため、看護師の配置を見直し上位基準取得など経営改善を図っている。

しかし重症児病棟を有する国立病院機構病院は経営基盤の格差があり、多くの施設で療養介護事業移行は当面実施困難な状況である。福岡病院の改革への取り組みを参考に、施設全体の経営改善に努め施設長の強いリーダーシップのもと、障害者自立支援法や児童福祉法の方向性を見据えながら計画的に重症児医療・福祉の改革に取り組むことが必要である。

今回福岡病院の療養介護移行という改革の過程を（１）療育指導室、及び（２）病院経営企画課の立場に分け報告する。

（１）療育指導室の取り組み

【目的】 福岡病院を利用する重症児・者が生涯に亘り安心し、個別的サービスが受けられるよう療養介護事業における最善の運営内容の検討を行った。

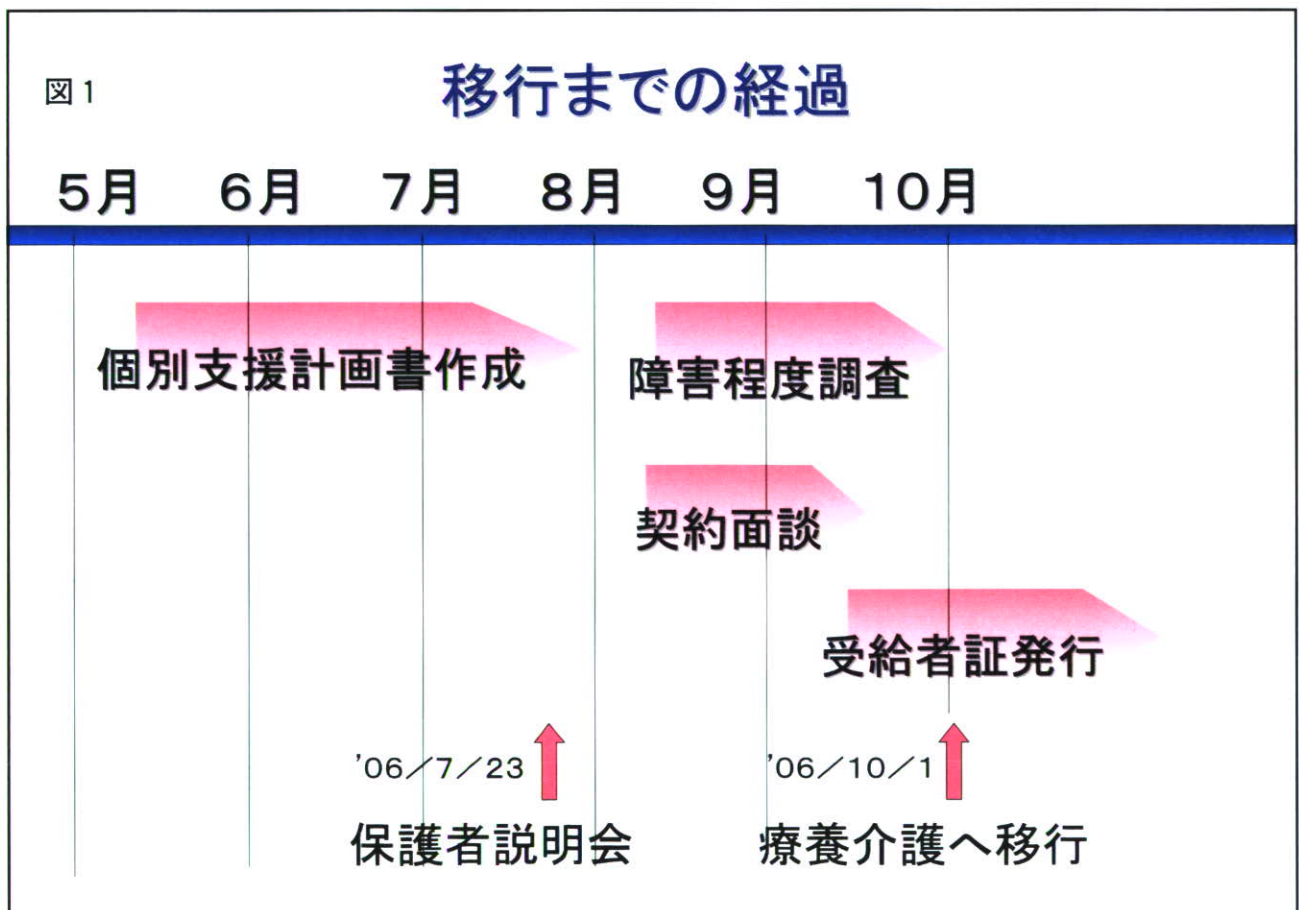
【方法】 平成18年10月の移行までのタイムスケジュールを造りその計画に沿って順次実施していった（図1）。

【結果】

1. 個別支援計画書の作成では平成18年10月1日の移行を見据え、約1年前から保護者との面談を重ね、新たな制度の周知を図ると共に、療育指導室を中心に個別支援計画作成

の準備を行ってきた。作成過程において療育指導室、主治医、看護部の各職種間で計画内容の相互理解が進み、QOL向上へ向けての意識がさらに高まったと評価している。また8月から9月にかけて契約面談時に提示した個別支援計画書は、利用者を中心にすえた内容で保護者にも概ね好感を持って受け入れられた。

2. 利用契約と併せ、障害基礎年金、受給者証、手帳類の管理や利用料の自動引き落としを含む金銭管理契約を家族、身元引受人と結ぶことで利用者の経済的自立の支援にもつながった。金銭管理事務は専門業者に委託し、その運営は家族の会代表を含む金銭管理委員会により、3ヵ月に1回厳正に管理されている。利用者の一ヵ月（31日間）の平均利用料金は64,308円で、日用品費として一律に



8,000円の負担、年金等管理の事務費（専属の非常勤職員雇用）は1日50円（月1,550円）を徴収している（表1）。

3. 療養介護制度の対象となった97名は措置入所時の居住地である福岡県・長崎県および政令指定都市の福岡市、北九州市等の広範囲におよび、38市区町村がそのサービスの実施主体となった。制度上それぞれの自治体が障害程度区分調査、福祉サービス、療養介護医療受給者証の発行を行うこととなった（図2）。その事務量は膨大であり、制度への理

解・手続きへの対応は各自治体間の格差が大きく、その整理は困難を極めたが制度移行には間に合った。

4. 療養介護事業移行のために障害程度区分認定が必要である。施設入所の重症心身障害者は障害区分4以上の認定が必要であるが、事前の要介護度調査で3以下の者は9名いた。家族から希望の出ていた2名は移行前に知的障害者施設への措置変更ができた。他の利用者は最終的に全員療養介護へ移行できたが、再調査により区分が引き上げられたケ

表1
一月の平均的利用料(31日)

福祉サービス	療養介護医療	食事療養費	日用品費	事務費	合計
24,600	15,278	14,880	8,000	1,550	64,308円

図2

