

公法人立重症心身障害児施設における入所待機の状況

研究代表者 澤野 邦彦：日本重症児福祉協会理事・広島県立障害者
リハビリテーションセンター若草療育園園長
研究協力者 末光 茂：旭川荘理事長

【研究要旨】

全国の公法人立重症心身障害児（以下、重症児）施設における入所待機の状況を調査した。今回各施設が把握していた待機者は955名（1施設当たり平均11名）であった。ただし、東京都、大阪市等都市部では待機者は児童相談所の管理下にあり各施設は把握しておらず、これらの地域での待機者は今回の調査結果には含まれていない。0-5歳では超・準超重症児の比率が高く、年齢が上がるにつれその比率は低下した。待機状況（場所）は、在宅が67%で最も多かったが、年齢別にみると、0-5歳では新生児集中治療室（NICU）が最も多く37%を占めていた。入所希望時期に関しては、全体では「将来に備えて待機」が約半数、「空き次第すぐに」が38%であった。年齢別でみると年齢が低いほど「すぐに」が多くなり、重症児類型別では超重症児は「すぐに」が68%を占めていた。待機状況ではNICUで「すぐに」が81%と極めて高かった。低年齢児で重症度が高く、入所が急がれていることが窺われたが、待機者の実数として最も多かったのは、成人重症者の将来に備えての待機であった。これら2グループへの対応が課題である。

A. 研究目的

本研究班において新体系下における施設サービスの効果的な在り方を検討するに当たり、施設利用ニーズの把握は非常に重要である。それに資する資料を得ることが本調査の目的である。

B. 研究方法

日本重症児福祉協会加入の119施設を対象に、平成20年4月1日現在における各施設の

入所待機者の状況をアンケート調査し（図1）、得られた資料を分析検討した。分析は、該当のデータが含まれたものをそれぞれ対象とした。

調査にご協力いただいた各施設に深謝いたします。

C. 研究結果

アンケート調査は平成20年4月に実施した。119施設にアンケートを送付し、98施設

から回答を得た（回収率82.4%）。

各施設が把握していた入所待機者は955名であった。性別は男417名、女354名、不明184名であった。年齢構成は0-5歳126名（16.4%）、6-17歳188名（24.5%）、18歳以上452名（59.0%）（年齢の記載のあった人のみ集計）であった（図2）。施設毎の待機者数をみると0-55名で、1-5名の施設が多く、一方21名以上の施設も15か所みられ（図3）、最も多い施設では55名であった。ただし、東京都、横浜市、大阪市、神戸市等では待機者は児童相談所が管理しており、各施設では個々に把握していなかった。したがってこれらの地域での待機者は今回の調査には含まれていない。自施設で把握していない所を除いた1施設当たりの平均の待機者数は11.1名であった。

重症児を「超重症児」（超重症児スコア25以上）、「準超重症児」（同じく10以上25未満）、「動く重症児」（大島分類5、6、10、11、17、18）、およびその他の一般の「重症児」に分け、この類型別に年齢層毎の待機者数をみると図4のとおりで、0-5歳では超重症児および準超重症児の比率が高く70.3%を占めたが、6-17歳では36.2%、18歳以上では15.9%と、その比率は低下した。

次に、現在の待機状況（場所）をみると、全年齢では在宅が最も多く67.1%、次いで他種別施設入所中10.5%、NICU入院中8.7%、その他の病院入院中8.3%、他の重症児施設入所中5.3%となっていた（図5）。年齢層別にみると、各年齢層毎で大きく異なり、0-5歳（図6-1）ではNICUが最も多く37.1%、在宅もほぼ同じで32.5%であったが、6-17歳（図6-2）では在宅が63.2%に増え、他

種別施設が15.5%でそれに次いでいた。18歳以上（図6-3）では在宅が圧倒的に多く77.3%を占めていた。

入所希望時期についてみると、全体では「将来に備えて待機」が約半数で52.5%、「空き次第すぐに」が37.9%、「1年以内程度を目的に」が9.6%であった（図7）。年齢層別に傾向をみると、「すぐに」の比率は年齢が低いほど高く、年齢が上がるとその比率は低下していた（図8-1~3）。重症児類型別に比較すると、「すぐに」が最も多いのは超重症児で68.4%、準超重症児がこれに次ぎ38.8%、動く重症児も35.8%あった。「将来に備えて」が半数を超えていたのは、一般の重症児の61.1%と動く重症児の58.2%であった（図9-1~4）。待機状況（場所）でみると、在宅が「将来に備えて」が多く64.8%を占めるのに対し、NICUを含め病院や他施設入院・入所中では、「すぐに」の比率がおおむね半数以上と高く（81.4~49.3%）、特にNICU入院中では81.4%と極めて高かった（図10-1~5）。

D. 考察

今回の調査で、各施設が把握していた入所待機者は955名で、1施設当たり平均11.1名であった。ただし、東京都、大阪市等都市部では待機者は児童相談所の把握となっており、これらの地域での待機者は今回の調査には含まれていない。これらの地域では施設に欠員が出た場合には児童相談所により入所希望者が募集され、施設との連携の下、入所調整が行われている。東京都の場合は、施設長期入所希望の待機者は約100名弱とも約1,000名とも言われ（いずれも施設あるいは家族関

係者の私信による)、真の把握が難しい。在宅重症児・者は約25,000名と推計され、他の地域でも今回の調査で把握できなかった例も少なからず存在すると考えられることから、全国の待機者は約3,000名ないし5,000名と推計される。

今回把握された待機者の資料の分析から、0-5歳では超・準超重症児の比率が高く、幼若なほど重症で医療の必要性が高い待機者が多いことが確認された。また待機状況(場所)でも全年齢層では在宅が67.1%と最も多かったが、0-5歳ではNICUが最も多く37.1%を占めており、しかも入所希望時期も0-5歳では「すぐに」が63.2%で、入所を急いでいる状況が窺われた。

待機者の実数で最も多かったのは、「18歳以上の、在宅の一般重症者が『将来に備えて』待機している」というグループで168名であった。最も多いグループの背景には、「長く在宅で我が子を見てきた、高齢になった親」の姿が見え、親の高齢化、体力の低下、健康問題等とともに、重症者自身の長寿化傾向と相俟って、今後増えることはあっても減ることはない入所需要と考えられる。

一方、「重症で医療の必要度の高いNICU入院中の重症児」の、新生児医療機関への長期入院は、当班研究でも取り上げているように、解決に急を要する問題である。

これらには、施設・設備の整備、人的配置、それを裏付ける財政的支援等、解決せねばならない問題が多い。

E. 結論

全国の公法人立重症児施設の入所待機者の調査を行い、955名の待機者を把握した。「18

歳以上の在宅重症者が将来に備えて待機している」例が最多であった。一方、0-5歳の年少児では「NICU入院中の超・準超重症児で急いで入所を希望する例」が多かった。これら2グループへの対応が課題である。

施設入所待機者に関するアンケート

貴施設名 ()
 回答者 (職名: , 氏名:)

平成 20 年 4 月 1 日現在の貴施設における待機者の状況につきお尋ねいたします。

待機者数 () 名。 施設定員 () 名、現員 () 名。

内訳：(年齢、性別、疾患名、超／準／重／動の別(註1)、現在の状況(註2)、入所希望時期(註3)を下記の表にご記入下さい。)

(註1・2・3)は下記から選び、数字で記入して下さい。

(註1)：①超重症児、②準超重症児、③一般の重症児、④「動く」重症児

(註2)：①在宅、②病院(新生児病棟(NICU)またはその後方支援病棟)入院中、③病院(一般病棟・ICU(新生児以外))入院中、④他の重症児施設、⑤その他の種別の施設(肢体不自由児施設、身体障害者療護施設、知的障害者施設等)入所中

(註3)：①空き次第すぐに、②1年以内程度を目途に、③将来に備えて待機

番号	年齢	性別	疾患名	註1	註2	註3	番号	年齢	性別	疾患名	註1	註2	註3
1							13						
2							14						
3							15						
4							16						
5							17						
6							18						
7							19						
8							20						
9							21						
10							22						
11							23						
12							24						

ご協力ありがとうございました。

図1 アンケート内容

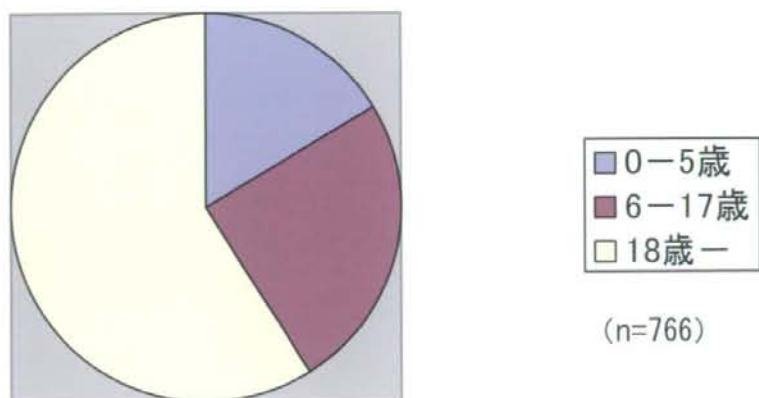


図2 待機者の年齢構成

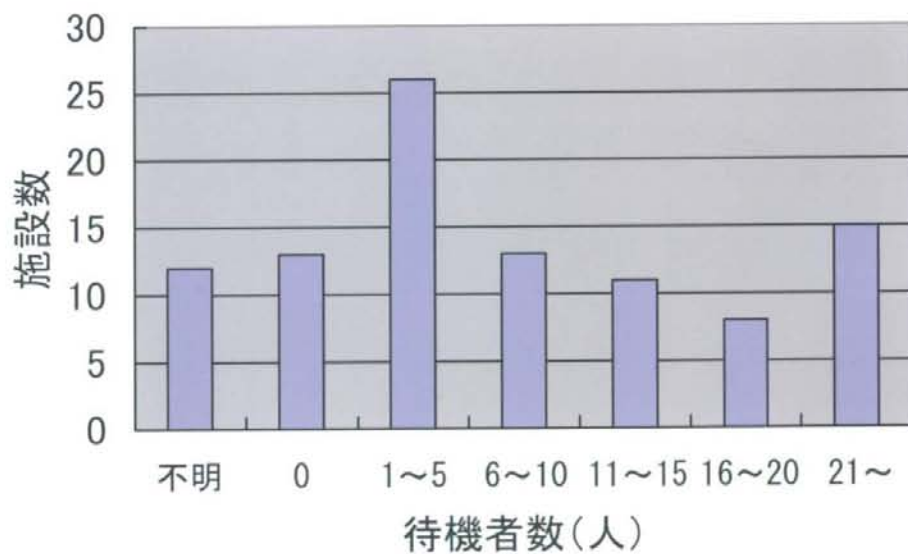


図3 施設毎の待機者数分布

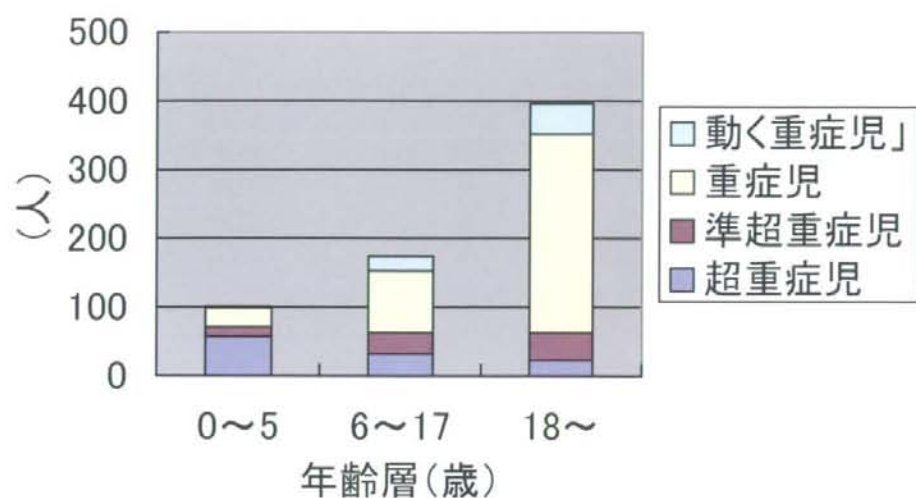


図4 年齢層別重症児類型

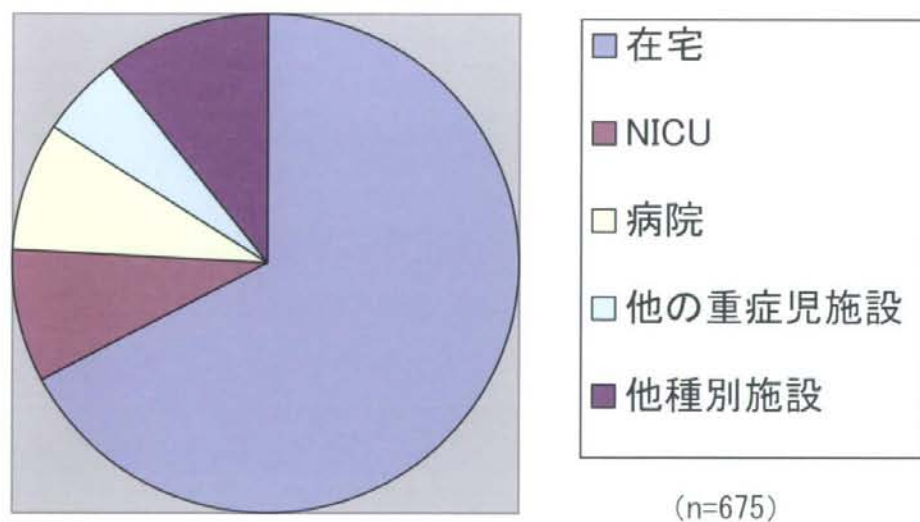


図5 待機状況 (場所) (全年齢)

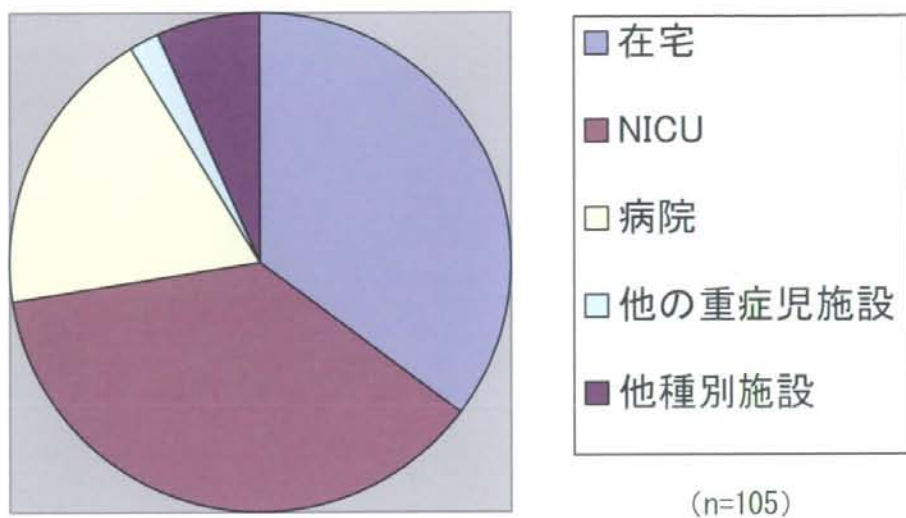


図 6-1 待機状況 (0-5歳)

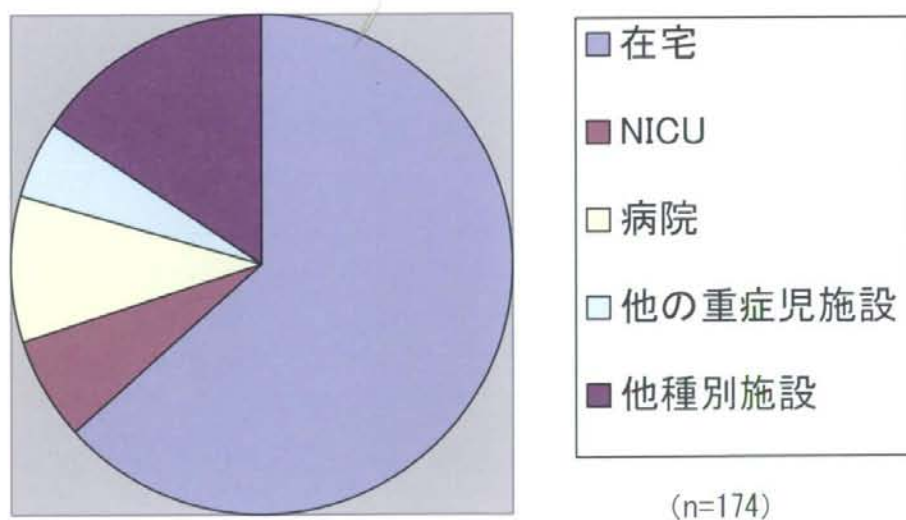


図 6-2 待機状況 (6-17歳)

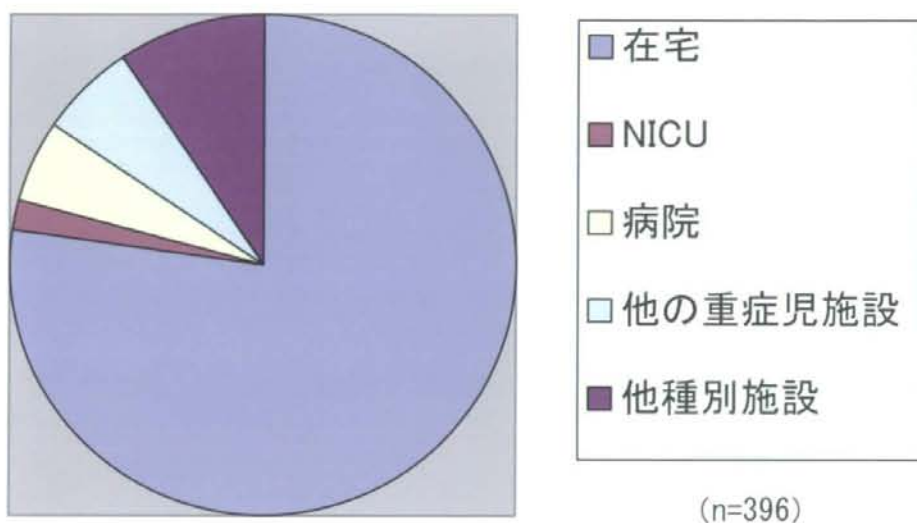


図6-3 待機状況 (18歳一)

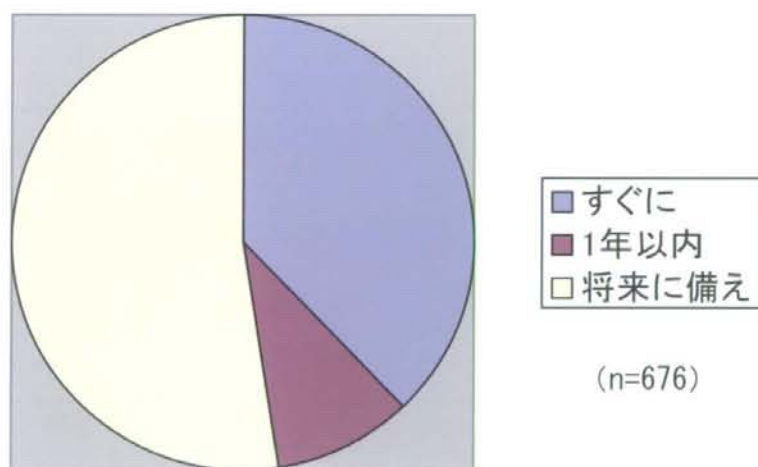


図7 入所希望時期 (全体)

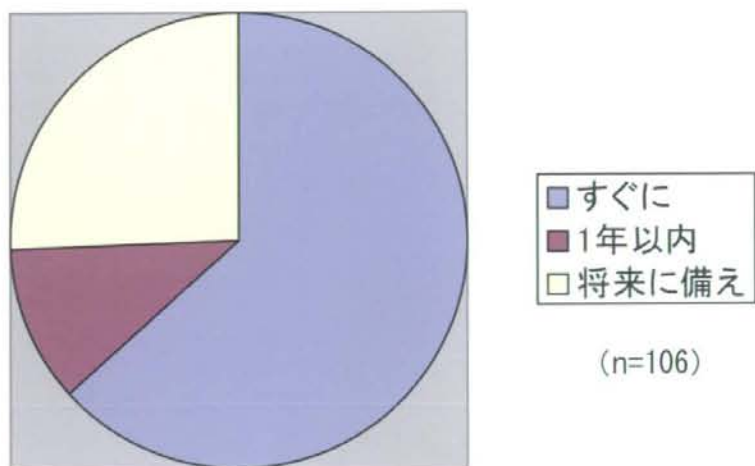


図 8 - 1 入所希望時期 (0 - 5歳)

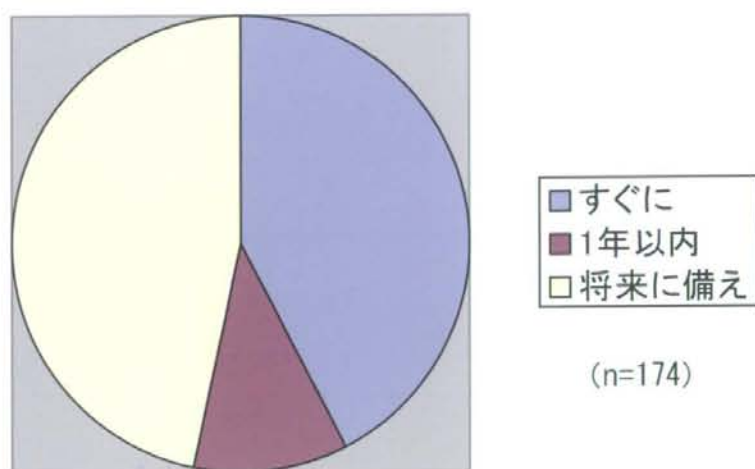


図 8 - 2 入所希望時期 (6 - 17歳)

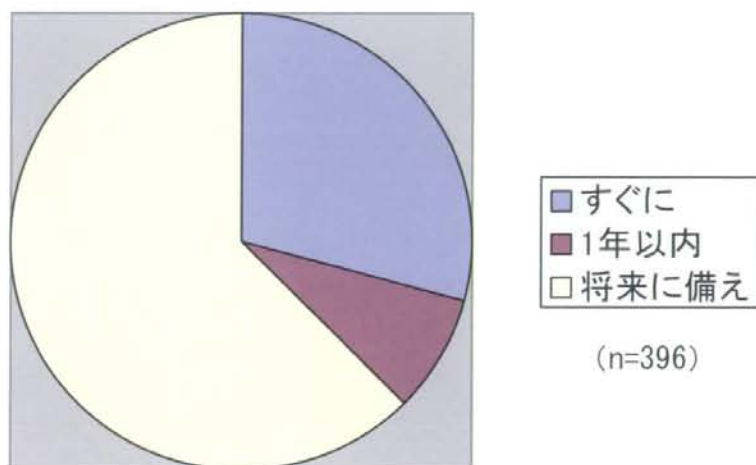


図 8 - 3 入所希望時期 (18歳一)

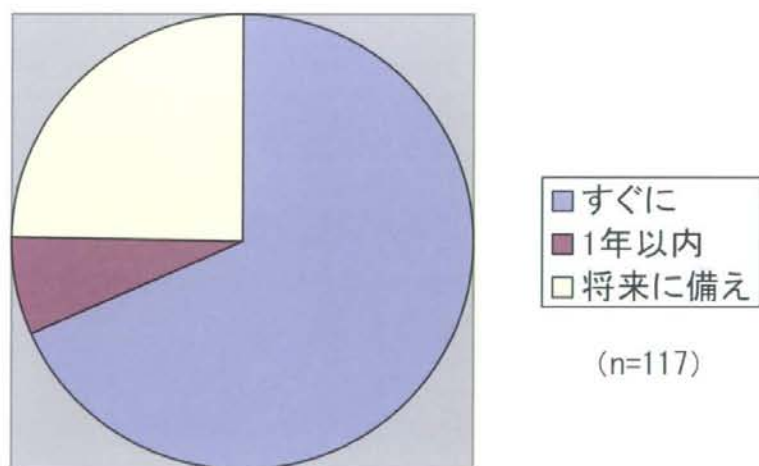


図 9 - 1 入所希望時期 (超重症児)

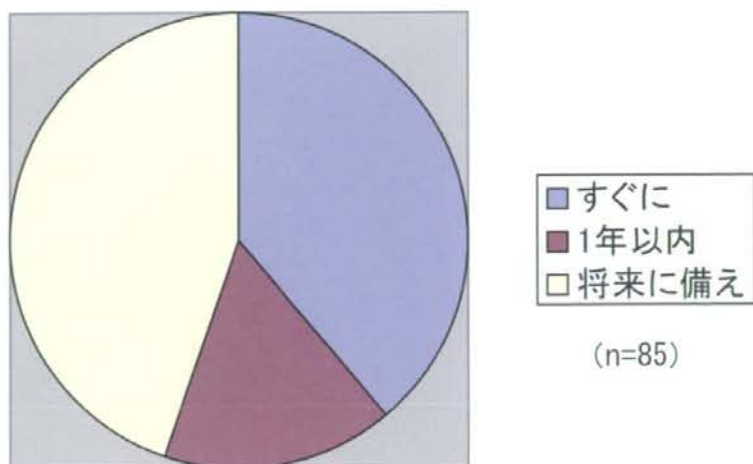


図 9 - 2 入所希望時期 (準超重症児)

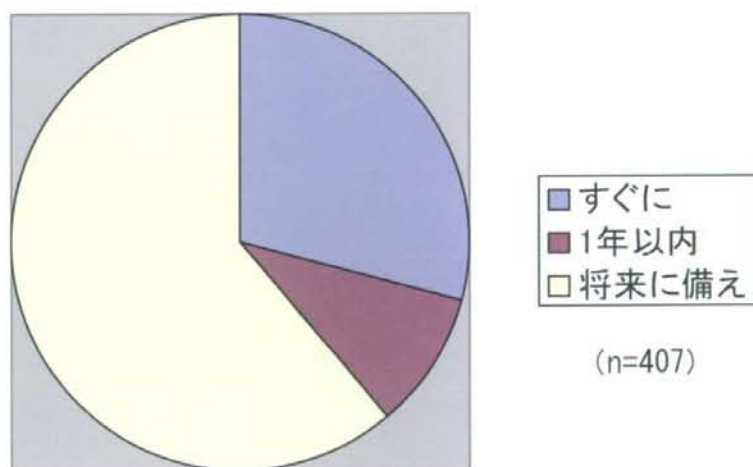


図 9 - 3 入所希望時期 (重症児)

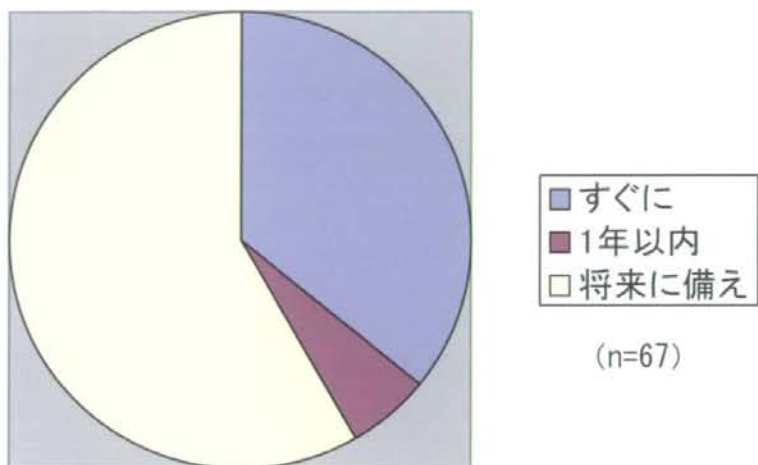


図9-4 入所希望時期 (動く重症児)

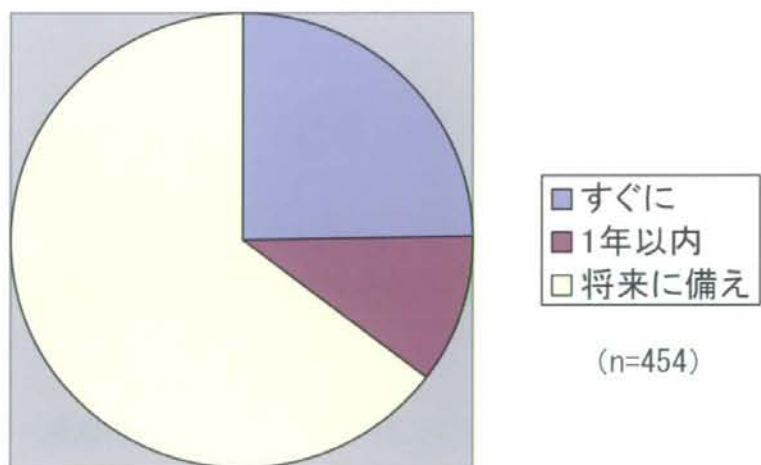


図10-1 入所希望時期 (在宅)

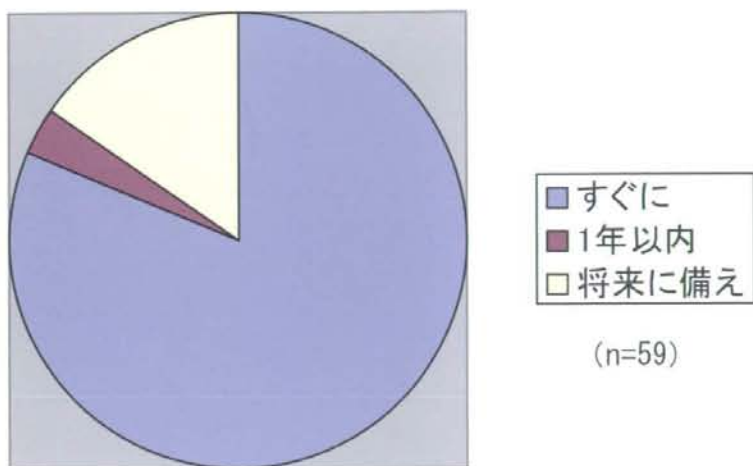


図10-2 入所希望時期 (NICU)

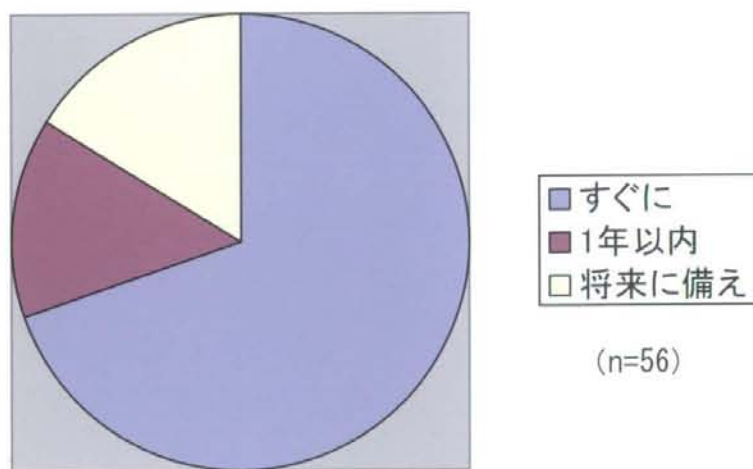


図10-3 入所希望時期 (病院)

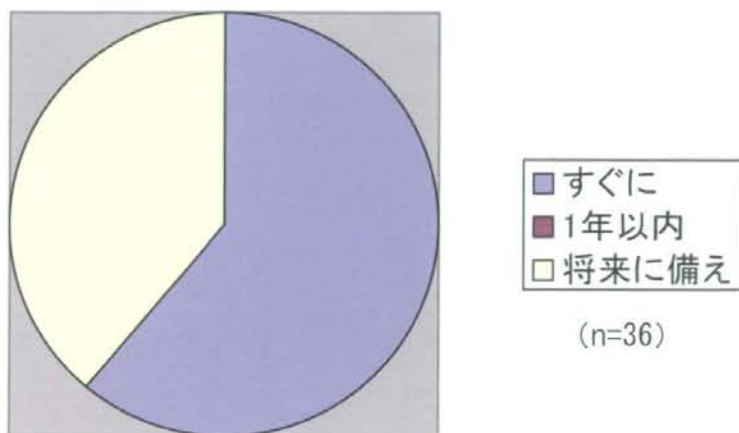


図10-4 入所希望時期 (他の重症児施設)

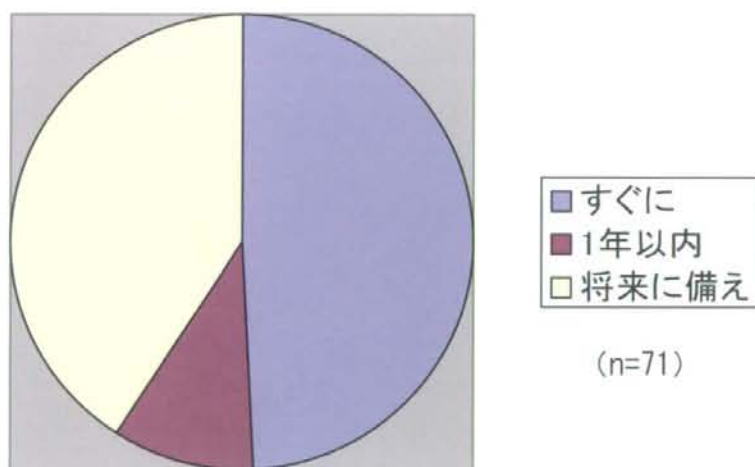


図10-5 入所希望時期 (他種別施設)

療養介護事業移行の2年間の総括

研究協力者 西間 三馨：国立病院機構福岡病院 院長
杉田 祥子：国立病院機構福岡病院 療育指導室長

I. 施設長の立場から

西間 三馨：国立病院機構福岡病院 院長

はじめに

国立病院機構福岡病院重症心身障害児者病棟は全3個病棟、障害者自立支援法の施行に伴って平成18年10月より療養介護事業・療養介護サービス費（I）に移行した。この移行までの準備期間における作業と、移行後の7：1看護基準導入も含めた変遷をまとめ、現在の療養介護事業の問題点と是正策、及び、今後の重症心身障害児（者）医療・介護、とくに国立病院機構のその将来像について述べる。

1. 人件費増加に伴う経営面への影響、及びその対応策と現在の結果

国立病院機構の重症心身障害児者病棟の多くは昭和40年代に作られている。その後、一般医療に看護力がとられていったこと、総定員法の縛りで人員増ができなかったこと、介護職の枠が無かったこと、などから多くの施設での絶対的にも相対的にもマンパワー不足に陥っていた。とくに介護力の少なさは致命的とも言える欠陥となっていた。平成16年に

旧国立病院・療養所が国家公務員型で独立行政法人化され、国立病院機構の新職種として平成17年には療養介護職（ヘルパー2級以上の介護有資格者の介護専門職）が新設された。

福岡病院はその当時、既に医療度の高い患者は1個病棟に集め、かつ、その病棟の看護力を強化していた。いわゆる患者ならびに看護師の“傾斜配置”は終えており、看護体制は第9病棟；準夜4：深夜3、第10病棟；3：3、第11病棟；3：3となっていた。またトータルでも他のNHO病院より看護師数が多い配置であった。療養介護職を準夜、深夜に勤務させるには1個病棟で少なくとも8名必要なため、計24名を一気に雇用した。かつ、将来的な業務範囲拡大を視野に入れて介護福祉士の免許を有する者を優先的に採用した（独立行政法人化に伴う混乱でやむを得ず処遇の落ちた当院の職員数名、その適応ではなかったが、介護福祉士の免許をとるのを条件に経過措置として採用をしている）。

当然のことながら24名の純増では人件費の増加に耐えられない。そこで比較的看護力を

要しない第10、11病棟の看護は準夜：深夜を2：2にし、余剰看護力を小児病棟に回し、そこで小児入院医療管理料の上位基準を取得し、小児病棟での収支率を上げ（表1）、病院全体の収支の大きな落ち込みを防いだ。これにより、人員的には準夜：深夜は、第9病棟：5：4、第10病棟：3：3、第11病棟：3：3となり、準夜・深夜勤務者のそれぞれ1名が療養介助職となった（表2）。

平成16年度から平成19年度の収支の変化を表3に示しているが、収支差は依然としてプラスではあるものの、療養介助職を導入していない他施設（平均は約1億円/1個病棟/年）に比較すると明らかに、かなりプラスが少ない。

平成18年10月に障害者自立支援法が施行されるに伴い、当院は児を除き対象者は全て療養介護事業・療養介護サービス費（I）に移

行した。移行するためには介護力をさらにアップさせることが必要であったため、療養介助職以外に介護員（基本的にノーライセンスであるが、有資格者が多い。そのためヘルパー2級以上取得の生活支援員Ⅰと無資格の生活支援員Ⅱに分別した。）を非常勤職員として雇用した。この介護員の雇用は上記のこと以外にも目的があった。それは看護助手をゼロにしたため従来、その職種が行っていた看護・介護の周辺業務を療養介助職が行うようになり、結果として介護に専念しにくい欠点が出るため、それを補えることが期待されたからである。表3でわかるように特に第9病棟の収支差が悪いが、レスピレーター管理20名をはじめ超重症児者が多いために看護力を削って介護職に回すことは不可能で、介護職の純増とならざるを得なかったためである。看護の1.5換算でいえば、9病棟は介護

表1 部門別職員体制変更理由

部門	現行体制	変更後の体制	変更理由(費用対効果、取得施設基準)
看護部 第9病棟 (小児科病棟)	看護師 常勤 24人(准看護師含む) 人件費 5,520千円 × 24人 = 132,480千円 看護助手 常勤 1人 人件費 3,244千円 × 1人 = 3,244千円	看護師 常勤 30人(准看護師含む) 人件費 5,808千円 × 30人 = 177,180千円 (調整後の減額 3,105千円) 看護助手 常勤 1人 人件費 3,244千円 × 1人 = 3,244千円	基本診療料「小児入院医療管理料1」の上位取得 施設基準の要件である看護1.5対1をクリアするには、現行体制に6人看護師の増員が必要である。よって、重心疾病配置計画と合わせたところで全体的に看護師を増員することなく配置が可能である。 収入 入院診療収入 65,700 (E) 費用 人件費 33,120 (F) (E)-(F)=32,580千円の増 (差引増減)
	常勤 25 非常勤 0 委託 0 計 25	常勤 31 非常勤 0 委託 0 計 31	常勤 6 非常勤 0 委託 0 計 6
	人件費 135,724	人件費 180,427	人件費 44,703
福祉部 第5病棟 (小児科病棟)	保育士 非常勤 1人(換算0.8人) 人件費 1,810千円 × 1人 = 1,810千円 参考)保育士の配置 重心病棟 常勤 6人 小児病棟 非常勤 1人(換算0.8人) 日型通園 非常勤 1人(換算0.8人)	保育士 常勤 1人 人件費 4,027千円 × 1人 = 4,027千円 参考)保育士の配置 重心病棟 常勤 4人 非常勤 1人(換算0.8人) 小児病棟 常勤 1人 地域連携室 常勤 1人 A型通園 常勤 1人 非常勤 1人(換算0.8人)	基本診療料「小児入院医療管理料」の施設基準のクリア 施設基準の要件の小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤(BH)していることを満たすためにも非常勤(BH)から常勤(BH)を採用するものである。 収入 入院診療収入 11,125 (C) (差引増減)
	常勤 0.0 非常勤 0.8 委託 0.0 計 0.8	常勤 1.0 非常勤 0.8 委託 0.0 計 1.8	常勤 0.0 非常勤 0.8 委託 0.0 計 0.8
	人件費 0	人件費 4,027	人件費 0

(病院名 福岡病院)
(単位:人、千円)

表2 NHO福岡病院における重症心身障害児者病棟の職員配置数

		9病棟	10病棟	11病棟	計
看護師		28→(31)	17→(24)	17→(24)	62→(79)
療養介助職	介護福祉士	7→(6)	6→(7)	6→(7)	19→(20)
	ヘルパー	1→(2)	1→(2)	2→(1)	4→(4)
生活支援員 (非常勤)	I(有資格)	1→(1)	6→(2)	7→(2)	14→(5)
	II(無資格)	1→(2)	2→(1)	2→(1)	5→(4)
指導員、OT 保育士、PT		2→(2)	3→(3)	4→(4)	9→(9)
事務・清掃	定員	2→(0)			2→(0)
	非常勤	6→(1)			6→(1)
合計 (定員換算)		42→(42.4)	40→(37.4)	40→(38.4)	122→(120)

2006.10.1 入所者116名、()内は2009.1.1 入所者117名

表3 国立病院機構 福岡病院 重症心身障害児者病棟収支状況

単位:千円

年度	病棟名	収入	支出	収支差	備考
平成16年度	9病棟	480,881	476,219	4,662	
	10病棟	407,904	344,834	63,070	
	11病棟	409,518	366,766	42,752	
	計	1,298,303	1,187,819	110,484	
平成17年度	9病棟	517,463	509,131	8,332	療養介助職配置
	10病棟	418,582	363,779	54,803	
	11病棟	414,112	375,230	38,882	
	計	1,350,157	1,248,140	102,017	
平成18年度	9病棟	498,612	511,632	-13,020	生活支援員配置
	10病棟	414,486	370,394	44,092	
	11病棟	412,718	382,810	29,908	
	計	1,325,816	1,264,836	60,980	
平成19年度	9病棟	508,781	514,133	-5,352	
	10病棟	425,051	377,009	48,042	
	11病棟	430,778	390,390	40,388	
	計	1,364,610	1,281,532	83,078	

は看護1人に介護0.7人近くになる。

この不合理さに対しては厚生労働省も反応し、障害者病棟でも7:1看護基準を平成20年4月に新設した。しかし、重症心身障害児者病棟すべてが移行しないと7:1が認められなかったため、看護力を介護力に変更させた第10病棟、第11病棟ではまた再度、看護師増員をせざるを得なくなった。その結果は表

2の()内のようにになっている。

以上のところまでまとめると、療養介護事業に移行すると、現在の国立病院機構の重症心身障害病棟では経営的には明らかに悪くなる。一方、介護面では飛躍的に従来より良い介護を提供できるようになる。

(附) 重心病棟における7:1に関連する問題点(平成20年4月の診療報酬改定(福岡病院重症心身障害病棟の7:1看護基準取得)に向けての動き)

1) 3月1日配置数62名に+17名配置 → 79名

看護師の療養介護2:1の看護師必要人数は53名

$79 - 53 = 16$ $16 \times 1.5 = 24$ 名分

→ 生活支援員が必要なくなる
(現在14名)

現状で委託している部分があるので委託をはずし職員で実施

→ 業務内容を変更するので説明が必要

2) 看護師を+16名傾斜配置しても

①仕事量 → 看護師1人当りの看護量が減り、看護師の志気の低下につながる可能性有り

②療養介助職の業務(介護)をとってしまう

③療養介助職の業務の周辺業務が現在より少し増える

→ 療養介助職の志気の低下につながる可能性がある

④志気を上げるために研修が必要。しかし、病院外には研修に出せない

3) 療養介助職の傾斜配置

1病棟に最低、8人いないと夜勤人員とならない

9病棟を0にするとすれば、療育が必

要な患者を10病棟に移動させなければなら

ない → 家族への説明と同意に時間が必要

9病棟だけが超重症児対応となると現在のハード面では不十分

4) post NICUの役割を果たす

1~2名が順次、入院すると看護師の志気の向上に役立つ

退院がなければ新入院は受けられず、また、患者の押し出しはできない

10、11病棟もハード面に限界がある

以上より、看護力の一時的な余剰は重症心身障害の看護ガイドラインを平成20年度内に作成するエネルギーとすることとした。

2. 療養介助職導入に伴う現場の変化

療養介助職導入にあたっては、国立病院機構としては全く新しい職種であるのでスタート時の教育・研修が重要であった。そのため、表4に示すオリエンテーションを組んだ。この職種は将来的に介護部、または介護福祉部として独立するとしても、当面は看護部の組織に入ることになっている。それは従来、重症心身障害病棟における介護は看護師が行ってきたからである。すなわち、今までほとんど全て看護師が行っていた業務を再点検して職種ごとの業務分担を明確にして混乱を防ぐ必要があった。その結果としてほぼ完成したのが表5の福岡病院における業務分担一覧である。これから先、療養介助職が能力アップしていけば当然のことながら看護師の仕

事のかなりが移されていくことになるが、今のところ、どう動いていくか定かではない。一方で看護師も“重症心身障害児者の看護とは何か”が問われることになった。これに関しては平成20年度に重症心身障害病棟に配置された入職2年目の看護師17名を中心に「重症心身障害看護ガイドライン」の作成作業に入り、平成21年3月に協和企画（株）より発刊される。フレッシュな目で零から重症心身障害の看護を見直して世に問う書となっていることを期待している。

平成20年度に新設された7：1看護基準導入は、一応の安定期に入ったかにみえた当院の業務分担にさざ波を立てた。それは介護の比重の高いところに α で看護師が入ったためである。これに対しては、いわばその余剰看護師を看護ガイドライン作成に投入することで平成20年度は有効に活用できた。しかし、一個病棟の7：1移行に比べ全三個病棟の7：1では経営上のメリットは小さくなる（表6）。このままの看護基準では経営上はトータル人員を抑制するため介護職員を減らさざるを得なくなって、難しい選択を迫られている。すなわち、療養介助職は定員なので削減はできない→非常勤の介護員の削減→療養介助職が介護以外の周辺業務（清掃など）が増す→介護に専念しにくい→将来の地位を自らが上げていくエネルギーが少なくなる、ということが危惧されるからである。

3. 移行による利点と欠点

療養介護事業への取り組み過程で生じた主な事項と移行後の変化をもう一度、以下に整理してみる。

1. 各種の書類作成と整備が今までにない新規のものであり複雑かつ煩雑であった。
2. 個別支援プログラム作成に指導室がフル稼働したが予測していた以上に長い時間を要した。
3. 自己負担発生に伴う年金管理の変更作業は、極めてハードなものであった。
4. 介護スタッフ、とくに生活支援員（非常勤）の確保に苦労した。
5. 障害程度区分4以下の入所者への対処に工夫を要した。
6. 市町村での障害程度区分の判定に問題のある地域があった。
7. 看護師、介護福祉士、ヘルパー、無資格者のそれぞれの業務分担ができるようになった。
8. 神経難病、筋ジス、重心の同一病棟化は種々の側面から無理が多いと考えられた。
9. 医療事故に対する対応の整備が今後必要である。
10. 収支上のメリットは全くなく逆にデメリットになったが、入所者の処遇は格段に向上した。

項目1、2の各種の書類作成と整備、および個別支援プログラム作成に関しては指導室の能力がフルに発揮された（表7）。眠っていた（眠らせていた）能力が開花した感があった。項目3の施設による年金管理については、今までほとんど自己負担のなかった家族にとっては大きな意識変革を要した。しかし、今後、健全に継続的に施設を運営していくには未収金の防止は避けては通れない道程であ