

表6 重心病棟7:1看護の試算A(国立病院機構 福岡病院)

2008/4/28

19年度決算見込額による(千円単位)

	重心合計	9病棟	10病棟	11病棟
配置看護師	61	29	16	16
医業収益	1,362,033	510,542	423,459	428,032
診療業務費	1,245,026	504,669	365,758	374,599
給与費	856,569	344,953	255,257	256,359
材料費	91,366	54,161	14,714	22,491
委託費	62,323	21,217	20,560	20,546
設備関係費	134,433	44,811	44,811	44,811
研究研修費	24	8	8	8
経費	100,311	39,519	30,408	30,384
収支差	117,007	5,873	57,701	53,433
医業収支率	109.4	101.2	115.8	114.3

※年度決算による見込みである。

重心病棟が7:1看護に移行した場合

	重心合計	9病棟	10病棟	11病棟
配置看護師	77	34	21	22
医業収益	1,484,189	549,166	465,215	469,788
診療業務費	1,325,026	529,669	390,758	404,599
給与費	936,569	369,953	280,257	286,359
材料費	91,366	54,161	14,714	22,491
委託費	62,323	21,217	20,560	20,546
設備関係費	134,433	44,811	44,811	44,811
研究研修費	24	8	8	8
経費	100,311	39,519	30,408	30,384
収支差	159,143	19,497	74,457	65,189
医業収支率	112.0	103.7	119.1	116.1

9病棟のみが7:1看護に移行した場合

	重心合計	9病棟	10病棟	11病棟
配置看護師	61	29	16	16
医業収益	1,409,709	549,166	427,985	432,558
診療業務費	1,245,026	504,669	365,758	374,599
給与費	856,569	344,953	255,257	256,359
材料費	91,366	54,161	14,714	22,491
委託費	62,323	21,217	20,560	20,546
設備関係費	134,433	44,811	44,811	44,811
研究研修費	24	8	8	8
経費	100,311	39,519	30,408	30,384
収支差	164,683	44,497	62,227	57,959
医業収支率	113.2	108.8	117.0	115.5

○収入増の要因

7:1(1,555点)と10:1(1,269点)の入院基本料の差(286点)と延患者数(42,705人)を基に増額分を算出
 $286 \text{ 点} \times 42,705 \text{ 人} = 122,136 \text{ 千円}$

○支出増の要因

7:1入院基本料に必要な看護職員の増員(16名)分の給与費を算出
 必要人員 77人 - 現員 61人 = 増員 16人
 $(\text{年間}) @ 5,000 \text{ 千円} \times 16 \text{ 人} = 80,000 \text{ 千円}$

表7 指導員業務内容の時間配分推移表

業務内容	移行前 (~2006.4)	準備期間 (2006.5~9)	移行後 (2006.10~)
療育	15 (38%)	4 (10%)	9 (23%)
	病棟 9	3	6.5
	在宅 4	1	2.5
生活指導(食事)	9.5 (24%)	1.5 (4%)	1.5 (4%)
行事	2.5 (6%)	2 (5%)	2.5 (6%)
家族との連絡調整	1.5 (4%)	7 (18%)	5 (13%)
関係機関との連絡調整	2 (5%)	8 (20%)	7 (18%)
ボランティア受け入れ	1.5 (4%)	1.5 (4%)	1.5 (4%)
療育記録	2.5 (6%)	2.5 (6%)	2.5 (6%)
会議	1.5 (4%)	2.5 (6%)	1.5 (4%)
資料作成	2.5 (6%)	10 (25%)	8 (20%)
学生指導	1.5 (4%)	1 (3%)	1.5 (4%)
計	40 (100%)	40 (100%)	40 (100%)

(NHO福岡病院)

った。また、今後、必ずくるであろう両親の療育・保護能力の低下や喪失が生じる事態に対応するためにも必須の作業であった。円滑に進めるには基本に入所者家族と施設の信頼関係がなければならないのは当然であるが、将来的にもそれを担保する院内システム作りが望まれる。当然、危惧したように現に年金管理のできていない施設では膨大な未収金が発生しつつあり、この対応は急がねばならない。

項目5の障害程度区分の低い入所者に対する対応については、幸い当院は障害程度区分4以下の入所者は極く少数であり、他施設移行等で対応できたが、他の重症心身障害施設、とくに公法人立施設では4以下の入所者がかなりのパーセントを占めるところもあり、施設の存在形態自体のあり方を根本的に見直さねばならないであろう。しかし4-6)で後述するが、施設それぞれが単独で決めるには極めて難しい方針転換となっている。

項目7の各職種の業務分担は、それぞれが表4に示したように明確化されたことによ

り、看護の重症心身障害医療における役割の再検討ができるようになった。また、療養介助職は療養介護事業の将来の中核的職種とならねばならないものであり、長期的な育成システムを作っていかなければならない。決して看護の補助者でも助手でもない、そのプライドと、それを裏打ちする弛まざる研鑽と実績作りが自他ともに必要である。

項目8の神経難病、筋ジス、重心の混合病棟化は、項目9の医療事故への対応とあいまって相当な工夫をハード面、ソフト面ともに必要とされる。

項目10の収支上のメリットとデメリット、および入所者の処遇改善は、この法律が前進し生きた法律となるため重要な点である。当福岡病院はすでに医療スタッフ、介護スタッフを法律施行前から多く配置していたので他院に較べて収支率が低かった。そのため新制度に移行しても収支上はややマイナスというところであった。しかし、準夜2、深夜2の看護で、療育・介護スタッフが旧国立療養所のままの重心施設では療養介護サービス費

(I)をとるにはほぼ現有スタッフを倍増しなければならず、大きな人件費増となる。この国立病院機構(NHO)全体で100億円にもなると試算される支出増をこれからの数年間でどう対応していくのか、各々の施設ごとに個別に検討し計画を立てなければならない。残念ながら施設だけでは取る手段は限りがあり、国立病院機構本部の積極的介入、さらには点数設定や人員のカウント方法の見直し等を障害保健福祉部に働きかけることが必要であろう。

4. 国立病院機構の重症心身障害児者病棟の将来像

NHO病院の将来について、下記の6項目に関する視点を述べる。

- 1) 療養介護事業(医療型)移行の課題
- 2) 医療(post NICU児等)と生活支援・福祉的側面との在り方
- 3) 在宅重症心身障害児者への対応の必要性
- 4) 国立病院機構重症心身障害児者病棟の横の連携
- 5) 障害児者医療を担う医師の確保と育成策
- 6) 公法人立施設、他の福祉施設との連携の在り方

1) 療養介護事業(医療型)移行の課題

今の国立病院機構の担うものは医療であり、将来もその基本は変わらないであろう。それであれば、障害者自立支援法のなかの療養介護事業では療養介護サービス費(I)をとるようにし、一方で7:1看護基準を取得することで次項で述べるpost NICUにも対応

できる態勢が整えられる。つまり、その方向に施設をもっていくことが将来の選択肢も増えるし、機構病院の存在価値も上がる。しかし、それには解決の困難な多くの課題が立ちだかる。現在の国立病院機構の重症心身障害病棟すべてが療養介護事業Iをとるとすれば、すなわち看護2:1、介護2:1にすると先に述べたように人件費だけで約100億円増加する。当然のことながら、一気に増員は難しい。それよりも何よりも看護師、療養介護職の確保が不可能な施設がかなりある。

2) 医療(post NICU児等)と生活支援・福祉的側面との在り方

上記の項目1)で療養介護サービス費(I)が取れた施設はpost NICUに対応できるかといえば、今のNHOのほとんどの施設はできない。その理由の大きなものはpost NICUは小児科医でなければ到底対応できないが、その小児科医が不足しているからである。ましてや重症心身障害専門、または興味をもって小児科医は“金の卵”に等しい。となれば、その病院の小児科部門が活潑で小児科医を多数有していることが必要となる。しかしその条件を満たすのは旧国立療養所病院では4~5施設しかない。

一方で在宅重症心身障害児者は家庭で管理できなくなったときに入院要請がくるわけだから当然、重症者が多くなる。また、入院中の患者も高齢化しているのがん、脳血管障害、心疾患など種々の疾病が増加してくる。そうすると成人疾患を診療できる医師もさらに必要度が増す。これの意味するところは総合病院と協同・合併しないと、今の障害者医療の態勢では十分な対応ができえないという

ことである。

3) 在宅重症心身障害児者への対応の必要性

在宅重症心身障害児者は今後も増加していくことが予想される。それはベッド数が不足していることも一因となっている。それに伴い在宅児の重症度も上がってきている。このことは医療的バックアップのあるNHO病院が在宅児にも積極的に関わっていく必要性を示しているが、残念ながらNHO病院が在宅支援への参画が遅れたこともあり、未だにA型通園事業は3ヵ所しかできていない。短期入所者数もまだまだ少ない。外来数が十分でなければ入院患者の確保が難しくなるのは一般医療では当然のことと考えられるが、障害者医療でも将来的に同様であろう。ましてや医療面だけではなく介護・福祉の面まで保護者とともになければならないわけであるから、将来、入院の可能性の高いハイリスク患者は通園事業や短期入所等で患者・家族の状況雄把握をしておくべきである。

A型通園事業がNHO病院できていない理由は、①地理的状況や先行施設があるため、患者確保ができない、②職員確保が難しい、③地方自治体が補助金の関係で認めようとしない、④収支上、マイナスとなるのでインセンティブが働かない(表8)、などによる。短期入所数が伸びない理由は、①空床保障ができず、ベッドの確保が難しい、②患者の病態把握が不十分でリスクが高い、などによる。

以上から言えることは、病棟を活性化し、また、将来の入院患者確保のための在宅児者支援を積極的にすべきであることは間違いのないところであるが、それを進めるためには通園事業、短期入所の収支が、少なくとも単独でイーブンにできるよう単価のアップが必要である。

4) 国立病院機構重症心身障害児者病棟の横の連携

現在、機構本部としては「旧療養所型病院の活性化方策に関する検討会・重心筋ジブ会」が、院長協議会としては「国立重症心身

表8 通園事業収支状況

		A型通園事業	B型通園事業
収益	事務費	3,222,700	1,398,990
	事業費	141,520	33,229
	外来診療費	1,711,840	230,703
	食事代	82,500	38,667
	計	5,158,560	1,701,589
費用	人件費	5,574,494	1,815,815
	常勤	3,305,465	1,076,710
	非常勤・他	2,269,029	739,105
	材料費	146,440	10,066
	その他	309,083	57,461
	計	6,030,017	1,883,342
収支差		▲871,457	▲181,753

(NHO福岡病院, 1ヵ月あたり)

障害協議会」があり、情報提供や意見交換を行っている。またホスピネットのSMIDで全施設の詳細な状況が把握できることになっているがデータの更新が十分でなく、信頼度が低下している。データ更新に何らかの方策を立てることが必要である。

後に述べる“重症心身障害医療を担う医師の確保、育成”にもつながることであるが、各ブロック内に重心センター的病院を指定し、そこにブロック内の重心データを集積し、医療・介護・福祉スタッフの定期的研修ができるようにすることが、今後に有用な成果が期待できることであろう。

5) 障害児者医療を担う医師の確保と育成策

結論を言えば、先の4)で述べたように各ブロックに重心センター的病院を確保し、そこに医師を集中させる方法しかないのではないと思われる。我々NHOの組織が146施設1法人のメリットを最大限に生かす方法でもある。ブロック内の重症心身障害施設には数ヵ月～1年のスタッフのローテーションで重心の医療・看護・介護レベルの底上げを計ることもできる。そのためには施設のハード面の変更が必要であるが、現在、重心病棟の老朽化が進んでおり、数年以内に建て替えが起るので、よいタイミングである。しかし、ここ1～2年にあった建て替え病棟をみるとその構造では以上のことには対応できない。本部の明確な将来方針が必要である。

6) 公法人立施設、他の福祉施設との連携の在り方

平成7年より福岡県内の全重症心身障害施

設では協議会を作り、年2回の会合（平成20年で計27回）で情報交換をしている。7公法人立施設と3国立施設である。しかし、これでも今回の障害者自立支援法にグループとして対応できていない。新しい施設体系に移行するには、その姿が明確に見えず、進むに躊躇せざるを得ないからである。そのため、介護度、以下の入所者を移す施設がいまだにできない。軽症患者の施設移行がなければ、医療型に特化してpost NICUに対応できる施設に変えていくこともできない状況となっている。今回の障害者自立支援法の欠点の一つに新制度に移行するメリットが施設側にはなく逆にデメリットとなる。入所者の将来にとってはかなりの安定化になったのは確かであるが、法律を前に進めようという明確な意志が現時点で本省に感じられないのはいかながなものかと思う。長年かけて作ってきた法律であるはずなのだが実際に移行して問題点が明らかになった今、早急に修正して前に進めていくべきではないか。ここでまた元に戻るのには余りに情けない。

おわりに

当福岡病院重症心身障害病棟は療養介護事業に全面移行したが、多くの課題が明らかになってきた。これらの諸問題は多くは障害者自立支援法ができたから起きたものではなく、積年の重症心身障害医療・介護・福祉の内在していたものが形となって噴出したものと理解すべきであろう。しかし福岡病院の実践で証明した明らかなメリットもある。それは入所者の将来にわたる“経済的自立”が可能になったこと、介護が充実してきたこと、施設と入所者が対等となったこと、などである。

あとは実態に合った点数設定を厚生労働省障害健康福祉部と保険局がすることができれ

ば、障害者自立支援法の理念はかなりのところ実践され、前に進むであろう。

Ⅱ. 療育指導室の立場から

杉田 祥子：国立病院機構福岡病院 療育指導室長

国立病院機構福岡病院重症心身障害児(者)病棟は、平成18年10月に障害者自立支援法における「療養介護」に移行した。平成17年10月の新法の成立から施行まで1年足らずという短い準備期間の中、「障害者自立支援法」という新しい法律の制定を好機と捉え、これまでよりもより良い医療・福祉サービスを目指そうという理念を持って臨んだ。特に療育指導室が、福祉職として療養介護への移行に際し、中心的役割を果たさなければ、スムーズに療養介護への移行ができない、という気概をもって取り組んだ。

「療養介護」という新たな制度の下で2年が経過したが、従来の措置制度時と比べ療育指導室としてのどのように業務が変化したか、改めて検討を行ない、大きくは4点挙げられる。今回新たに配置が義務付けられた、1. 「サービス管理責任者」業務、2. 福祉サービス利用行政連携・金銭管理、3. 入退所のマネジメント、4. 重症化に対する療育支援、以上がこの移行期に大きな変化がみられたことであり、今後の療育指導室の業務としての方向性となる。以下にその詳細を記す。

1. サービス管理責任者業務

障害者自立支援法では、個々に応じたサービスの提供ということが理念として掲げられているが、新たに設置されたサービスの管理

を行う「サービス管理責任者」の業務が、特に大きな位置を占めている。療養介護のみでなく他の福祉サービスにも配置が義務付けられ、一人ひとりの利用者の個別支援プログラムの作成、スムーズな実施、評価等を行うポストで、設置が無い場合は介護給付費の減額がなされる等、重要な役割を担っている。

サービス管理責任者の業務として支援法の規定で定められている個別支援プログラムの作成、定期的なモニタリング、個別支援計画に関わる会議の運営、計画実施状況の把握および評価、支援内容に関する関係機関との連絡・連携、利用者後見人との連絡調整・・・等の項目に沿って児童指導員の主たる業務であるという自覚を持って、業務を遂行した。

療養介護移行2年以上が経過して、特にサービス管理責任者として個別支援プログラムの立案に際し充分配慮すべき心構えとしては、直接利用者に関することでは、利用者中心のプログラムでなければならないが、利用者中心で、個別性を持った質の高い計画である事が求められる。また利用者間のサービスに関しては、特にサービス量について不公平がないように配慮することが必要である。もう一点は個別支援計画説明が具体的で分かりやすい物でなければならないという点が挙げられる。

個別支援プログラムの運営に関しては、プ

プログラムのアセスメント、計画、実施、評価という一連の流れを管理し、ケース会議、モニタリング等のマネージメントをきっちり行うことで、利用者へのサービスの充実を図ることある。

アセスメントは、利用者（重症心身障害の場合保護者等）の思い・希望を充分把握できるようにしなければならない。利用者からの情報としては、医学的管理状況、発達段階、運動機能、日常生活状態、趣味・嗜好等を情報として把握し、個別の計画立案に対して、十分な背景をもち、個別支援プログラムの説明に際し、理論的な説明根拠を提示できるようにしなければならない。また計画に沿った実施記録を記載し、評価を行う上での十分な根拠となるように、記録漏れが無いように留意する必要がある。評価は、実施した結果の到達状況を判断するので、目標計画に沿った評価ができていないかを判断する、できていない場合、修正を指示・指導することもサービス管理責任者の大事な役割と思える。当院でも、プログラム完成までに、数度の修正を加えた。

また、個別支援プログラムの療育関連計画、実践、評価およびQOLの向上を目的とした日常生活の支援業務のマネージメントは、保育士に大きなウエイトがかかるようにシフトしており、保育士の主たる業務となっている。

以上のようなサービス管理責任者の業務は、障害者自立支援法における児童指導員の新たな役割として重要な業務となっている。「療養介護」サービスの充実に向けて今後も研鑽・研修を重ねていかなければならないと考えている。

2. 療養介護サービス手続き・金銭管理に関するマネージメント

措置から療養介護に移行したことで、利用に際して療養介護受給者証を受けなければ

ならないが、従来と違い児童相談所でなく、市町村の福祉サービス窓口及び療養介護医療については保険証の管轄市町村が窓口となるため標準負担減額認定証は別の市町村の窓口になることがあるなど、保護者が理解しにくいシステムになることも多い。療養介護利用をスムーズに進められるよう、行政の手続きについて保護者へのマネージメントとサポートを行うことが新たに求められた。これは福祉行政について知識が豊富で、保護者との関係が十分取れている児童指導員が果たすべき役割となると考え、医事との連携を一層強力に保ち、マネージメントをきちんと行えるようにしている。

障害者自立支援法では、療養介護利用及び重症心身障害児利用に関して一部負担金が発生したが、他の必要経費として、日用品費及び事務手数料等について金銭管理に関するマネージメントも事務部と連携をとり、未収金が発生しないように対処していく業務が新たに療育指導室業務として必要となっている

福岡病院では、「こぼと支援室」という部署を開設し、金銭管理の直接担当で、事務部企画課の所属として、請求引落とし事務、収支決算報告等、療養介護に関する金銭管理を行っている。日用品費の管理は、企画課が物品購入や運営状況の報告を行うこととし、金銭管理委員会を父母の役員を委員長とし、院長始め病院の委員をメンバーとし、四半期ごとに会議を開催し、十分な監査体制が取れるようシステム化した。

療育指導室は、未収金が発生し事務より督促等の対応を行っても改善できないようなケースについて、面談を実施し、ご家庭の事情等相談にのる等ケースワークを行い、未収金の解消に向けて取り組むことにしている。未収金が発生したケースが十数例みられるが、いずれも完全に解消したり、又は分割で支払っていくように改善できている。

困難な事例もあったが、いつも家族と身近に向き合っている療育指導室スタッフなら、相談支援にあたりやすいと言う利点が十分発揮できるものと思える。

3. 入所希望（児）者へのマネジメント

療養介護に移行し、重症心身障害（児）者の入（退）所に関して所管の窓口が、市町村の福祉事務所へ変更になり、市町村が中心となり、地区の福祉サービスについて実態を把握し、サービス計画を立案することとなった。しかし、実情は管轄市町村では、重症心身障害者の把握はできておらず、入所についても市区町村を通らず、利用希望者から直接申し込みがあるケースが最も多い。他にはNICUや病院小児科に入院中で、在宅に移行することが困難な重症心身障害児（者）の入所希望について病院から連絡を受けるケースも多くみられる。

こういった、様々のケースに対して重症心身障害病棟の「療養介護」移行施設はまだ全国でも2施設しか存せず、療養介護施設についてまだ、よく理解されていない場合が多いので、十分な説明を行った上で入所を決定したり入所の待機リストにのせる必要性が生じてきた。そこで、入所までの経過について待

機リスト掲載および入所に至る経過プロセス表を作成し（表1）、契約に関する事項、療養介護サービス内容等の説明、費用負担等や診察、医療介護ケア、障害度等患者状態像の把握等必要項目を挙げて、入所に関する説明・理解に漏れがないように行っている。

今後の利用者確保は重要な事項であるが、入所経過プロセス表にのっとったきちんとした対応を取っていくことは、療育指導室の新たな役割と考えるべきと思う。

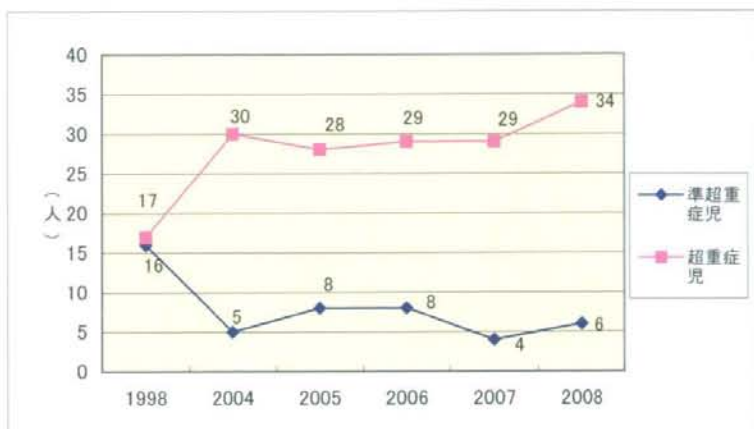
4. 療育支援

10年間の超重症スコアの変化（図1）をみると、ますます、超重症の占める割合が高くなり、重症化の傾向が著明となってきており、療養介護移行後は特に新しい入所利用者も超重症児者の率が高くなっている。当院の療育支援は、集団療育、グループ療育、個別療育という形態で従来行ってきた。しかし、呼吸器管理や高度な医療管理を要する超重症児者の増加と共に、療育形態を見直す必要が生じてきた。当院では3個病棟で、医療ケアに応じて傾斜配置を行っているが、医療ケアを多く要する利用者の病棟では、自ずとベッドサイドの個別療育や離床を促して療育を行うことが中心となり、個別の療育形態へと変化しており、グループの時間数が減少し、個別の時間数が増加している。呼吸器を外して離床を行うためには、看護師とともに実施する必要があり、看護部との連携が重要である。看護部との連携で、療育活動手順を作成（表2）して、個別療育を実施している。また、離床してグループ療育実施が可能な利用者への療育支援は、療養介護員と協力して実施しているが、療育プログラムについて事前に説明や、

表1 療養介護病棟長期利用契約用プロセス

患者様 氏名 _____ ID _____

項目	利用申込み	利用希望の再確認および診察	契約事前面談	利用契約	利用契約 (入院)
実施日 目的	年 月 日 利用希望の再確認 利用対象者(者)の決定	年 月 日 診察・契約前に、表病、障害の 程度を調査、確認し	年 月 日 (契約当日) 年 月 日 (市区町村) 経過情報の収集、手帳、証券を確認し重要事項 を説明する	年 月 日 利用契約、金融管理委託契 約の締結、入所案内	年 月 日 情報収集、介護生活への適応を支援する。 個別支援計画の作成 (入所後1ヶ月程度)
病院	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用希望の再確認 <input type="checkbox"/> 即時利用希望 (何々) <input type="checkbox"/> 診察 (何々) 診断名 併 利用条件説明 重症心身障害 療養介護病棟 市町村、児童手続き 契約継承・預かり物 費用負担・委託契約 (福祉、医療、日用品等...) 介護見字 (月 日) 介護希望調査表記入 (何々) ふりがな 氏 名 生年月日 住 所 電 話 介護手帳 療養手帳 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用希望、基本の確認 <input type="checkbox"/> 障害程度の確認 身体障害者手帳 (等級) 療養手帳 (A) 障害程度区分 () 大鳥の分類 () 契約手続き説明 (何々) 診察 申し込み・継続 市町村、児童手続き 契約継承・預かり物 費用負担・委託契約 (福祉、医療、日用品等...) 契約利用の状況説明 日課、生活状況(福祉等) その他(父母の会等) 利用希望者基礎情報の記入 (何々) ※利用希望、条件確認後 療養指導部長 療養指導室長 病棟部長 経営企画室 地域医療連携室 連絡・協議し、必要に応じ 診察日を調整 (何々) 診察予定日 (月 日) 利用の希望を伝える 診察日の予約 利用希望者の関与 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 必要書類等の説明 福祉サービス受給者証 療養介護受給者証 身体障害者手帳 療養手帳 障害基礎年金証書 (1級・2級) 重度障害者証 (国保・社保・) 通帳 (銀行) 印鑑 キヤンクカード (有・無) 標準負担額減額認定証 (何々) ※重要書類等 病院審査法人 居室の配置 サービスと利用料金 苦情の受付 医療費の償還 健康保険料標準負担額減額認定 身元引受人および成年後見人の責任と職務 (何々) ※病棟生活施設説明 (日課、行事等) ※生活費、家賃、日用品など情報収集 (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 契約 利用契約 金融管理委託契約 同意書 必要書類等準備確認 (何々) ※利用(入院)の案内 準備する物 父母の会・守る会 日課、行事 個別支援計画 こぼと支援書 (何々) ※定例課 その他 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 必要書類等の預かり 福祉サービス受給者証 療養介護受給者証 療養手帳 療養基礎年金 キヤンクカード 標準負担額減額認定証 印鑑 ※出席・取巻の指示 (何々) 発給時 標準時 便時 吸引・吸引 定例課 その他 ※ 要請からの情報 (何々) ※ 必要に応じ、個別支援の付き添い
家 長	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用希望者に適う場合 療養指導部長 療養指導室長 地域医療連携室 連絡・協議し、希望者登録 利用の希望を伝える ※ 利用対象の場合 特権者として登録 	<ul style="list-style-type: none"> ※利用契約予定日に各々 療養介護受給者証の申請 (障害者証書) 標準負担額減額認定申請 (保険年金等) 銀行通帳の凍結 (障害基礎年金) 契約入館予定日を連絡 療養介護受給者証発行 () 標準負担額減額認定書発行 () 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用契約 利用契約 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者に付き添い、生活情報等の提供 	
市区町村 (児童相談所)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用希望者の関与 	<ul style="list-style-type: none"> (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> (何々)
担当者	<ul style="list-style-type: none"> (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> (何々) 	<ul style="list-style-type: none"> (何々)



(2008年 NHO福岡病院)

図1 準・重症児数の経年変化

表2 重症児の療育活動手順

	ベッドサイドでの療育の場合	離床しての療育の場合	
		人工呼吸器使用患者	その他の患者
療育開始前	<input type="checkbox"/> 当日の患者の担当看護師に療育が可能かどうか健康状態の確認をする。	<input type="checkbox"/> 患者の離床時の呼吸管理を行う看護師、または家族が療育と一緒に参加できる場合限り、離床しての療育を計画する。	
		<input type="checkbox"/> 当日の患者の担当看護師に離床しての療育参加が可能かどうか健康状態の確認をする。 <input type="checkbox"/> 車椅子を準備する。その際、タイヤの空気圧、ストッパーの状態を確認をする。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて酸素ボンベを準備し、車椅子にセットする。酸素の残量を確認しておく。 <input type="checkbox"/> 携帯用サチュレーションモニターを準備する。	<input type="checkbox"/> 必要に応じて携帯用サチュレーションモニターを準備する。 <input type="checkbox"/> チューブ類が抜かないよう、しっかり固定されているかを確認し、Mチューブ等の長いものはゴムで束ねておく。
療育中	<input type="checkbox"/> 患者の病状、身体状態に応じた療育内容を適切に選択する。 <input type="checkbox"/> 患者の顔色や表情、サチュレーションモニター等を観察し、異常時には看護師を呼び、対応してもらう。	<input type="checkbox"/> 患者に装着しているベッドサイドモニターのコード類がきちんと外されているかを確認し、車椅子への移乗時に妨げとならないようにする。 <input type="checkbox"/> 看護師に人工呼吸器を外してもらい、2人以上で患者を抱えて(患者が幼児の場合を除く)ベッドから車椅子に移乗する。	<input type="checkbox"/> 2人以上で患者を抱えて(患者が幼児の場合を除く)ベッドから車椅子に移乗する。 <input type="checkbox"/> 酸素使用者については、酸素流量の確認を看護師にしてもらう。
		<input type="checkbox"/> 患者が車椅子に移乗してからは、看護師または家族にアンビューを使用し呼吸管理をしてもらう(酸素使用者については、酸素流量の確認を看護師にしてもらう)。 <input type="checkbox"/> サチュレーションモニターを患者に装着する。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて吸引機を療育場所に準備する。	<input type="checkbox"/> 必要に応じてサチュレーションモニターを患者に装着する。
療育終了後	<input type="checkbox"/> 患者の療育の様子について、何か変わったことがあれば当日の患者の担当看護師に報告する。 <input type="checkbox"/> 教材を患者のベッド上やベッドサイドに置き忘れているかを確認する。	<input type="checkbox"/> 看護師に患者の人工呼吸器の装着準備をしてもらう。 <input type="checkbox"/> 看護師または家族にアンビューを外してもらい、2人以上で患者を抱えて(患者が幼児の場合を除く)車椅子からベッドに移乗する。	<input type="checkbox"/> 2人以上で患者を抱えて(患者が幼児の場合を除く)車椅子からベッドに移乗する。 <input type="checkbox"/> 酸素使用者については、酸素をつなぎ、看護師に確認してもらう。
		<input type="checkbox"/> 看護師に人工呼吸器を患者に装着してもらう。 <input type="checkbox"/> 患者の離床時の様子について、何か変わったことがあれば当日の患者の担当看護師に報告する。	<input type="checkbox"/> 携帯用サチュレーションモニター、酸素ボンベ、車椅子を定位置に片付ける(モニターは電源をオフにする、酸素ボンベは流量をゼロにし元栓をしめる)。

研修会を企画する等、理解が得られた上で参加してもらえるよう配慮している。

療養介助職は、ヘルパー2級以上という規程になっているが、当院はほとんどが介護福祉士である。看護部の所属であるが、福祉を

学んだ職種であり、福祉的観点からサービスを遂行する能力を有している。療育に関しても理解が高く、療養介助員導入に際しては、療育指導室としてもよく連携を取っていくべきであるという立場に経って、「療養介護」

移行に臨んだ。

超重症児者への療育支援は、児童指導員、保育士のみでなく看護師、療養介助員との十分な連携が鍵となると考える。

5. まとめ

- ・「療養介助」移行後の療育指導室の業務の変化を検討した
- ・サービス管理責任者業務の管理・運営は、児童指導員の主たる役割となった。
- ・個別支援プログラムの療育実践およびQOLの向上を目的とした支援業務は、保育士の主たる業務となった。
- ・入退所に関する業務は、新たに生じた重要なマネジメントである
- ・療養介助員は、福祉的な観点からサービスを遂行する力を有しているが、療育や日常生活の援助に関しても十分な連携が必要
- ・重症心身障害児（者）の重症化に伴って、看護部との連携は重要である

入院経路の経年的変化 — SMIDデータベースより —

研究分担者 宮野前 健：国立病院機構南京都病院 副院長
研究協力者 今井 雅由：国立精神神経センター病院 療育指導室

A. 研究方法

SMIDデータベースを用い、入院経路の経年的変化を分析することで、ポストNICU（新生児集中治療室）的役割を求められている、NCNP（国立精神神経センター病院）・NHO（国立病院機構）重症心身障害病棟の今後の方向性を検討する上での一助とする。

B. データ分析方法

SMIDデータベースより、「生年月日」「入院年月日」「入院経路」の項目を用いて分析を行う。

C. 結果

平成20年8月1日現在において蓄積されたSMIDデータベース44,244件から、初回時データを抽出した結果、9,136件のデータが抽出された。

このデータのうち、「5 他の国立の重心病棟より」については、措置変更（利用施設変更）される前の施設データと重複する可能性があるが、一致データの抽出作業は、自施設のみダウンロード可能なデータがキーワードになることから不可能であり、今回はローデータの単純分析とした。

1. 年度別入院者数

入院年月日が不明であったり、入院した年のみが不明であったりするケースが358件あった。

1967年から2008年までの内、データ数が少ない2008年を除いた40年間の年間平均入院者数は211.07±100.72名であった（図1）。

度数分布からみると、年間100名以上150名未満の年が13回と最も多く、次いで50名以上100名未満が11回、150名以上200名未満が7回となっている（図2）。

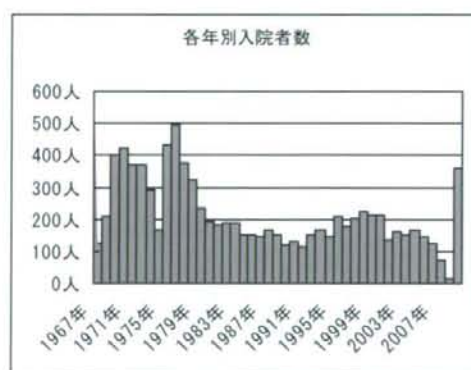


図1 年度別入院患者数

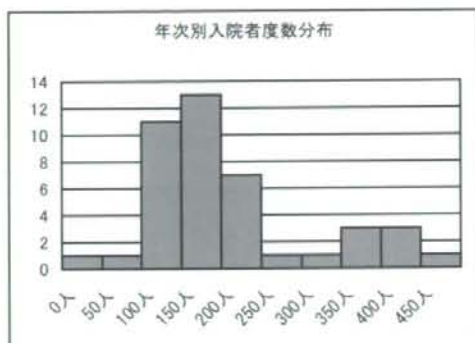


図2 年間入院患者数度数

2. 時期別入院時年齢構成

生年月日と入院年月日双方または何れかが欠落しているなどにより入院年月日が判定できないケースがあり、8,183ケースを分析した。

0～9歳群は1967～1976年は56.83%、1977～1986年は57.19%、1987～1996年は37.43%、1997～2008年は33.97%と変化している。

10～19歳群は概ね30%前後で推移している。

これに対して20歳以上群の占める比率は、倍増傾向を示しており、1997～2008年においては、20歳以上の入院が40%以上を占めてい

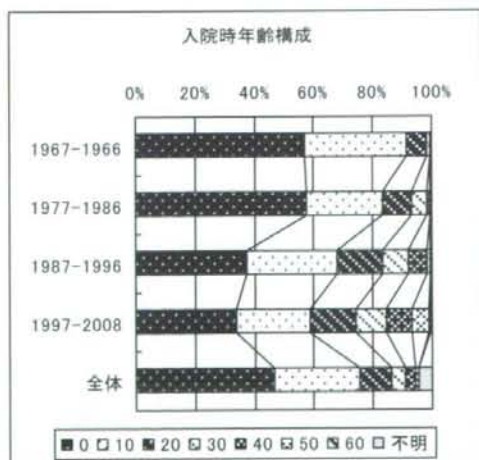


図3 時期別入院時年齢構成

る (図3)。

3. 入院経路年次推移

1967～1976年に79.97%を占めていた「在宅より」は年を追うごとに減少し、1997年以降は37.26%と半数以下となっている。

「知的・肢体施設より」は1967～1976年に4.31%であったが1997年以降は17.41%に増加している。

「国立・公法人より」は10%前後で推移しており、「乳児院より」も大幅な変化はみられなかった (図4)。

「医療機関より」は、2.43%、6.99%、15.68%、32.86%と最も大幅な増加傾向を示している。

1967～1976年には「7 NICUより」0.03%、「8 小児科病棟より」0.60%、「9 精神科病院より」0.57%、「10 その他の科より」1.23%だったものが、1997年以降はそれぞれ4.61%、15.18%、3.52%、9.55%に増加している (図5)。

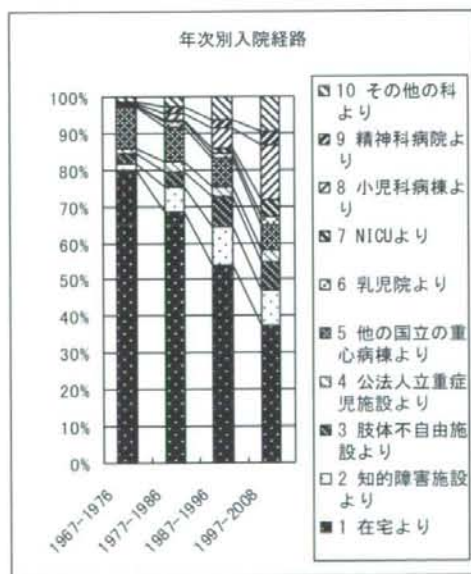


図4 年次別入院経路



図5 医療機関からの入院年次推移

4. 年次別年齢層別入院経路

年次毎に年齢別入院経路をみると1967～1976年では、0～9歳「在宅より」49.08%、10～19歳「在宅より」25.60%、10～19歳「他の国立の重心病棟より」6.17%、20～29歳「在宅より」4.46%、0～9歳「他の国立の重心病棟より」3.20%となり、在宅と他の国立

の重心病棟よりで、88.51%となる(図6)。

1977～1986年では、0～9歳「在宅より」45.09%、10～19歳「在宅より」13.59%、20～29歳「在宅より」5.47%、10～19歳「他の国立の重心病棟より」4.45%、10～19歳「知的障害施設より」3.87%となり、在宅と他の国立の重心病棟よりで68.60%となる(図7)。

1987～1996年では、0～9歳「在宅より」22.72%、10～19歳「在宅より」15.12%、20～29歳「在宅より」6.65%、10～19歳「肢体不自由施設より」5.65%、10～19歳「他の国立の重心病棟より」4.44%となり、在宅と他の国立の重心病棟よりで48.92%となる(図8)。

1997～2008年では、0～9歳「在宅より」11.92%、10～19歳「在宅より」10.29%、0～9歳「小児科病棟より」9.88%、20～29歳「在宅より」6.95%、0～9歳「NICUより」4.50%となり、在宅よりで29.16%、小児科病棟とNICUよりが14.37%となる(図9)。



図6 1967-1976年

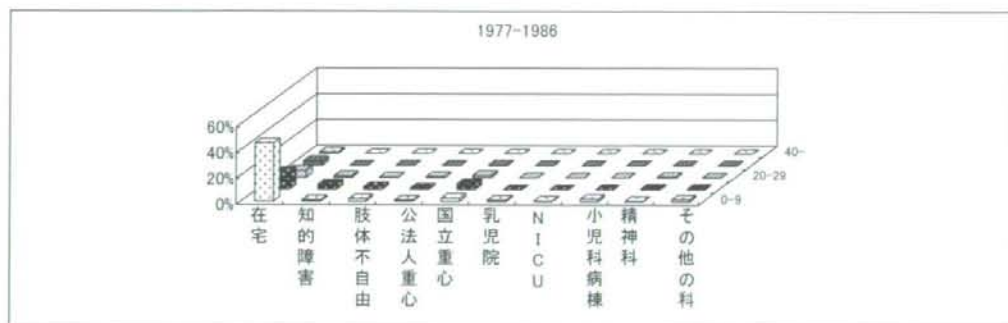


図7 1977-1986年

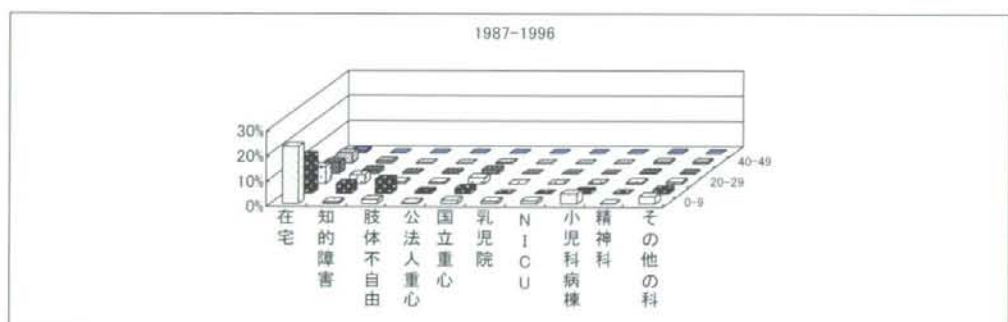


図8 1987-1996年



図9 1997-2008年

D. 考察

1966年（昭和41年）旧国立療養所10箇所480床でスタートし、1976年（昭和51年）80箇所8,080床まで増床された現NCNP・NHO重症心身障害病棟への入院経路を分析した結果、以下のことがわかった。

なお約10年で区切って、以下1967～1976年を第一期、1977～1986年を第二期、1987年～1997年を第三期、1998年～2008年を第四期とする。

1967年からの40年間の年間平均入院者数は211.07±100.72名であった（退院の実態は死亡他院と考えられる）。

入院時年齢は0～9歳群が第一期から第二期まで57%前後を占めていたが、第三期以降35%前後まで減少していた。

10～19歳群は概ね30%前後で推移していた。

20歳以上群の占める比率は、倍増傾向を示し、第四期では20歳以上の入院が40%以上を占めていた。

第一期に79.97%を占めていた「在宅より」は年を追うごとに減少し、第四期には37.26%と半数以下となった。

「知的・肢体施設より」は第一期には4.31%であったが、第四期には17.41%に増加した。

「国立・公法人より」は10%前後で推移し、「乳児院より」も大幅な変化はみられなかった。

「医療機関より」は、第一期2.43%、第二期6.99%、第三期15.68%、第四期32.86%と最も大幅な増加傾向を示した。

第一期と第四期を比較すると、「NICUより」0.03%が4.61%、「小児科病棟より」0.60%が15.18%、「精神科病院より」0.57%が3.52%、「その他の科より」1.23%が9.55%に増加した。

年齢層別入院経路では、第一期から第三期までは0～9歳「在宅より」を最頻値とした「在宅より」と、10～19歳「他の国立の重症病棟より」が大半を占めていた。

各期間の年齢層別入院経路ベスト5の内、在宅と他の国立の重症病棟よりの合計は、第一期88.51%、第二期68.60%、第三期48.92%、第四期29.16%であった。

以上のことから第一期から第三期までは、在宅者の受け入れと、増設された施設間の移動が中心だったものが、第四期にはいると在宅からの受け入れと、施設間移動が減少し、医療機関からの受け入れが増加してきたことが判明した。

今回の解析で入所経路からみた国立病院機構における重症児病棟の役割の変遷が伺える。旧療養所に重症児病棟が設置された第一期（昭和40年台～50年代）では、社会的支援がほとんど無かった在宅の重症児を主体に受け入れていた。その後在宅からの入所が減少し、小児科病棟やNICUからの受け入れが次第に増加している。これは在宅療養が困難な医療的ケアが主体の重症児（超・準超重症児）が増加していることを示唆しており、第四期で医療機関から入所が増加した背景と考えられる。また入所時の年齢分布からみた場合、第一期では若年層の入所（0歳から20歳で90%強）から次第に高齢重症者の入所割合が増加（20歳以上が約40%）している。この事は在宅重症者の高齢化に伴い家族の介護力低下によるものと推測される。

旧療養所に重症児病棟が設置された当時、主たる診療科は小児科が担っていたが、最近の傾向として小児科の縮小が相次ぎ、今後国立病院機構の重症児病棟の新規入所者は医療

現場を支えている診療科によって偏りが出てくる可能性を秘めている。現在重症児病棟の担当医は約60%が小児科医、神経内科医及び精神科医がそれぞれ10%を占めている（国立病院機構 内部資料より）。そのため診療科の専門性から受け入れ年齢層が規定さ、施設の機能の差別化が進むと考えられる。

今後、超重症児スコアが提唱された以降に入院したケースについて、そのスコアの分析を行い、近年のNCNP・NHOが受け入れた状態像を詳細に分析したいと考える。またそれぞれの施設が持つ医療資源によって受け入れ重症児者の振り分けが生じる可能性があり、国立病院機構がもつ重症児医療の在り方にも影響するため、実態調査が必要である。

肢体不自由児施設における重症児の医療・療育に関する研究

研究分担者 小田 澁：旭川荘療育センター療育園院長
研究協力者 長 和彦：北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター院長
伊達伸也：東部島根医療福祉センター院長
三上史哲：川崎医療福祉大学
三田岳彦：川崎医療福祉大学
杉本明生：旭川荘療育センター療育園

【研究要旨】

50年以上の歴史を持つ肢体不自由児施設も制度開始当初と比べ、社会情勢、人口構成、疾病構造の変化などのため、利用児の多様化があり、柔軟の運営を余儀なくされているのが実情である。そこで本年度「肢体不自由児施設における重症児の医療・療育に関する研究」で長は肢体不自由児施設の特徴である母子療育について詳細に現状と問題点を分析し、また、伊達、三上らは近々行われる障害者自立支援法の改定に向けて、障害児にたいする適切な障害程度区分についての提言をする。

I. 肢体不自由児施設の母子療育の現状と課題

長 和彦：北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター院長

【研究要旨】

全国の肢体不自由児施設62施設にアンケートを依頼し、母子療育の現状と課題について検討した。

母子療育を行っている施設は、36施設、58%であったが、それぞれ社会的事情を考慮してさまざまな工夫がなされていた。具体的には、短期間の母子療育、正しい発達評価によるホームプログラムなどの在宅療育メニューの作成、療育の心構えや育児の不安を取り除き、仲間作りなどの療育者への支援などであった。さらに、運動障害児だけではなく、発達障害児やNICU卒業生の受け入れも担っていた。母子療育に求められている姿は、在宅療育の支援基地としての役割であり、それはきわめて大きいと

思われた。しかし、在宅酸素療法が必要な呼吸障害のある重度障害児への対応には課題が残っていた。

A. 研究目的

我が国の肢体不自由児施設は、その誕生以来、障害児療育の砦として、その時その時の世の中の多くの要望に応えるべく、臨機応変にその役割を果たしてきた。近年、少子化の流れの中で、肢体不自由児療育のあり方も変化し、施設の役割についても再考する時期に来ている。

そこで、今回の研究の目的は、肢体不自由児施設の機能の一つである母子療育に焦点を当てて、アンケート調査により母子療育の現状と課題を調査した。加えて、北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター（以下、旭川療育センター）での母子療育の様子を紹介しながら、肢体不自由児施設における母子療育のあるべき姿、その意義を模索することである。

B. 対象及び方法

肢体不自由児施設における母子療育の現状を知るため、平成20年1月25日、全国の肢体不自由児施設62施設を対象にアンケート調査した。アンケートは、昭和40年8月24日に出された肢体不自由児施設における母子入園について（厚生省児童家庭局長通知、児発第700号）を参考に、①対象児童、②設備、③収容定員、④入園期間、⑤運営、⑥問題点や課題などから構成されていた。⑥の問題点や課題については自由表記でお願いした。

アンケートは55施設から回答が得られ、具体的な回答の方法は、郵送6施設、ファック

ス22施設、電子メール27施設であった。アンケート回収率は88.7%であった。

なお、母子療育に関して、母子入園、母子入院、親子療育など、さまざまな名称で実施されていた。そこで、今回の研究報告では「母子療育」という用語に統一した。

C. 研究結果

1. 母子療育の実施の有無

アンケートを送付した全国の肢体不自由児施設62施設中、現在、母子療育を行っているという回答のあった施設は36施設、58%であった。施行していない施設は19施設、31%であり、無回答の施設が7施設、11%という結果であった。実際、アンケートに回答された55施設でみると、66%の施設で母子療育が実施されていた。

このことは、従来、肢体不自由児施設の顔であった母子療育が、3分の1の施設では施行されていないという現実を示していた。

以下、母子療育を行っているという回答のあった36施設での結果である。

2. 母子療育の対象疾患

母子療育での対象疾患をまとめたものが表1である。対象疾患として、脳性麻痺の母子療育は当然ながらすべての施設で行っていた。脳性麻痺以外にも、脳炎・脳症、外傷性脳障害、神経・筋疾患の母子療育も行われていた。

自閉症などの発達障害の母子療育を行って