

画を一人ひとり立案・実践し、さらに家族会などの全体の平等な対応などにはむしろ規模が大きいほど業務量が増大することがあり、「規模の経済性」ということは該当しないと考える。同様のことがサービス管理責任者の必要人数でもいえる。(60人までは1人でよく、61-80人が2人、というのは非常に恣意的な区分であると推察できる…当初より60床の病棟を想定した制度ではないかと思われる)

- ×2) 医療スタッフ以外の福祉職員としての生活支援員に資格が明示されていない点である。生活支援員として無資格者でも採用できることは、職員教育や研修、スキルアップをするために、施設として独自の努力をしないと、生活支援員の質の確保(職員教育システムの構築)・維持・向上が困難になる。施設によっては介護福祉士よりはるかに低賃金のワーキングプアを生み出すリスクが懸念される。そこで「障害児支援の見直しに関する検討会」報告書に書かれているように、療養介護事業所へ入所した場合も重症心身障害児(者)への生涯発達支援の観点から「児童指導員」「保育士」等に相当する職種の確保を条件としていただき、その人件費を包含する単価設定が必要である。無資格者の「生活支援員」が前提の単価設定では十分な人件費が出せず、適切な人材確保も困難である。サービス提供職員の数を増やしただけでは豊かな生活は得られないと考える。

なでしこでは、療養介護事業所に移

行前に介護福祉士や介護職(ヘルパー2級取得者及び無資格者)を10名から7名増員した。移行後に保育士6名を入所施設の所属から兼務として通園事業所所属して13名の保育士が通園と療養介護事業所の入院利用者を日中活動として6名前後一緒に療育活動に参加させている。

介護福祉士などは、療養介護事業の入院利用者の活動などを主体としたが、介護職自身が「朝の会など話しを盛り上げていくことが苦手」、「リーダーで日中活動を進めていくことがとても苦手で難しい」と考えていることである。介護職の場合にADLを支える日常的なケアなどにはそれほど問題はないが、療育として発達の視点をもってのかかわりには限界があり、豊かな生活であるQOLを目指すためには、児童福祉法や知的障害者福祉法に規程されている資格である児童(生活)指導員、保育士の配置が絶対的に必要である。すなわち、生涯継続する発達保障を行う専門職の配置が必要であると考える。児童(生活)指導員・保育士がいなければ、現在重症心身障害児(者)施設で提供されている、豊かで質の高いQOLを保つことができなくなるだろう。

療養介護における「生活支援員」の資格を調べると、身体障害者更生施設等の設備及び運営に関する基準(平成18年4月1日改訂版)に規程がある。肢体不自由者更正施設の職員の配置の基準では、第16条3項で、「看護師、

理学療法士、作業療法士、心理判定員、職能判定員、あん摩マッサージ指圧師、職業指導員及び生活支援員」として記載されているが資格の有無の記載はない。

身体障害者療護施設は、指定身体障害者更生施設等の設備及び運営に関する基準について（厚生労働省・援護局障害保健福祉部長、障発第1226003号平成14年12月26日）の第3章指定知的障害者更生施設、第1節の1の記載では、「指定知的障害者更生施設の従業者の員数（基準第4条）（1）生活支援員：生活支援員については、知的障害者更生援護施設の設備及び運営に関する基準（平成2年12月19厚生省令第54号）第7条の5に規定する者とする」としている。この規程を調べると、生活指導員となっている。同法の規程では、生活指導員は、（知的障害者援護施設の設備及び運営に関する基準 第7条の5の2 「生活指導員」
1：学校教育法に基づく大学において、心理学、教育学又は社会学を修め卒業した者。（児童指導員の任用資格と同等）。2：文部大臣がこれと同等以上の資格を有し認定、3：知的障害者の更正援護に関し相当の学識経験を有すると認められる者。とされていることから療養介護事業における「生活支援員」の資格は、これまでの法令から児童福祉法に規定されている児童指導員の資格と同等であるとも解釈できる。しかし、「生活指導員」から「生活支援員」に名称が変わっている経緯

が現段階では不明である。

ちなみに児童自立支援施設では、子供達を指導し、自立を支援するのが「児童自立支援専門員」と「児童生活支援員」である。旧法の児童指導員を「児童自立支援専門員」、保育士を「児童生活支援員」という名称を使用している。専門員を父親的役割、支援員が母親的役割を担っている。

×3）また、サービス管理責任者の配置が義務付けられているのはよいことだが、その人件費は報酬単価（療養介護サービス費に含まれているとのことである。しかし60人以下の施設ではサービス管理責任者が1人だけでよく、単価設定が40人・60人・80人で4段階に区切られていることとの整合性がとれない。単価の中にサービス管理責任者の人件費・個別支援計画作成費等が正確に反映されているとは考えにくい。実際に専任スタッフとして配置していれば、配置加算や支援計画作成時、モニタリング時などに報酬申請などができる仕組みがないとサービス管理責任者の責務と専門性が発揮しにくい。

なでしこでは、療養介護に移行後に毎年個別支援計画のモニタリングと再評価を行い、家族と個別支援計画の説明を行っているが、週1回後見人に説明日を設定しても40週もかかると年間にもわたる説明とモニタリングや再評価を繰り返していくことになり、サービス管理責任者が60名に対して1名では、個別支援計画を作成し、それがきちんと実行されているかどうかを見て、現

場の職員を指導し監督することまでもサービス管理責任者の業務とするには、60床にサービス管理責任者1名では明らかに足りない。そのためには、60名に1名の配置であってもサービス管理責任者のアシスタントが2～3名必要であり、報酬単価を別立てにして実施成果としての報酬単価設定が必要である。個別支援計画の作成から再評価及び説明における連絡調整に至り、入院利用者一人を完結するには膨大な時間を要する（ケアマネージャー1人が35人分までがケアプラン作成の限界とされていることと共通の問題である）。提言として、①個別支援計画作成費（モニタリング・再評価・説明含む）としての報酬の新設。②サービス管理責任者の補助職員の人件費も必要である。

- ×4) これまで福祉サービス費が県1本の請求であったが、住所登録市町に請求する事務作業や人員に関する基準の管理事務、運営に関する基準として、運営規程、契約書類整理、重要事項説明書、苦情処理解決記録、受給資格等の確認、サービス提供記録、利用者負担額として「介護給付費を市町から受領したさいは当該当額を利用者（家族）に通知すること」などの書類を整えたり整理したりする事務作業時間が大幅に増大した。また、負担金の徴収、日用品費の請求事務手続き、関連機関との連絡調整などの作業量が増大した。

- ×5) 児童福祉法においては児・者一貫施策であったが、障害者自立支援法では、

障害児と障害者を18歳という年齢で明確に区別している。発達期に発現した障害をもつ人たちについては、年齢で単純に区切ることは問題である。重症心身障害は、重度の知的障害と身体不自由を併せもっており、生涯にわたって支援することが必要であり、中途障害の事情とは異なっている。また、成人期になっても発達の視点としての療育活動と豊かな生活を目指したQOLの視点が大切である。

療養介護事業所への移行想定は、重症心身障害児（者）や筋ジストロフィ病棟を想定し、国立病院機構の大部分の筋ジストロフィ病棟と、1ヵ所の重症心身障害児（者）病棟が移行している。このような病棟で生活している障害者などは、発達期に発現した障害であり、18歳を超えて障害が発現した中途障害でないため、年齢で区切ることは児・者一貫の対応が取りにくくなり、問題が生じやすい。そこで、重症心身障害児（者）や筋ジストロフィの特性に配慮し、ライフステージを考慮した、生涯を通して継続する支援が重要である。

（3）平成19年度における個別支援計画とサービス管理（サービス管理責任者・サービス提供会議）の状況。

なでしこでは新体系移行時より、サービス管理責任者が主管して、「サービス会議」（サービス提供会議）を週1回開催しており、平成19年度の1年間のサービス管理責任者としての職務遂行の経過をまとめた。（なお、重

症心身障害児施設入所中の児童も同様のサービス管理・サービス提供を行っている)

新体系に移行して、個別支援計画の目標に対する実施や中間評価や支援計画の修正が経時的に可能となった。定期的にケース会議(症例検討会)を開催して、各職種担当者が個別支援計画を改定していくようにしている。

1) サービス管理者で課題となることは、サービス管理者の職種によって難しい問題もある。例えば、サービス管理責任者の専門が福祉系出身であると、より専門性の高い職種で業務独占の医師や看護師などの医療スタッフに対して、サービス提供における技術的な助言や指導などの対応には限界がある。また、組織内において直接の管理者が違う職種に対しては、直接的な指示を行うことは難しい面があり、その職種の管理者(直属上司)に対して間接的な依頼を行って、直属上司からの指導が必要となることも多い。療養介護におけるケアマネジメントの遂行に時間がかかったり、サービス提供に齟齬が生じる原因になる。このようなことを避けるために「サービス会議」を有効に活用していくことが不可欠である。

障害者自立支援法に移行したことによるメリットは、利用者のサービス向上につながる役割を確実に遂行できるサービス管理責任者を配置したことである。その役割として、サービス管理者は、サービスの支援内容を計画し、その実行を確認することができることである。しかし、個別支援計画の再評価(モニタリング)などを定期的に見直す作業は、大変な作業量で、人手と時間がかかり、継続性の意味からもサービス管理責任者の報酬単価

を別立てにすることが望ましい。またその専門性を高められるだろう。

(4) H19年度のなでしこの「サービス会議」の総括

なでしこではサービス管理責任者がその職務をほぼ十分に実行できていると自負している。これが最も大きなメリットといえるので、サービス会議について説明し、その職務の実際を少し紹介したい。

「サービス会議」は、療養介護事業所としてのサービス提供に関わるすべての事項に関してサービス会議に提案し、検討・決定するシステムであり、原則として週1回(火曜日)開催してきた。議題などは、サービス管理責任者が事項書を作成し提案するが、常時議題となる問題等を全職種が提案できるように、口頭での提案および専用ノートへの記載を行うようにしている。具体的には、サービス会議の決定事項・情報を全職種に周知徹底するために「サービス会議報告書」とともに「サービス会議の意見や議題」の提案用紙を添付してボトムアップを図っている。提案用紙は、昨年に「事前に議題を提示してほしい」や「意見を吸い上げて欲しい」などに対して、サービス会議に出席できない職員にも意見や提案議題を出してもらい、会議で検討する方法である。

参加職種は、看護師長(主任)、看護部1名、リハビリ職員1名、介護職員1名、保育士1名と児童指導員は記録係として交代で出席している。議題によっては、説明・意見を求めるために、必要な職員に出席を要請している。

司会は、職種持ち回りで、「苦情処理」「防

災訓練」「リスクマネジメント」「ショートスティ依頼状況」と、前回の記載事項の意見などを会議開始時に定期議題として報告・協議を行ってきた。

サービス会議は、サービス提供としてサービス会議提案して具現化するために時には詳細に検討しているが、1時間以内に終了できるように図っている。7月から11月までは、個別支援計画書の検討で時間的には短かく配慮した。議題への職員からの意見は、議題提案8件と決定事項意見2件、統一見解の調整依頼記述として、通園関係1件、勤務体制3件、職員増の希望1件、利用者への状況1件、業務関係1件、行事関係1件であった。今後もサービス会議が利用者の福祉サービスの増進と業務の効率化や管理者への提言できる内容の深いサービス会議を目指したい。

また、障害者自立支援法への移行に伴い利用者に明確になったことは、契約時に示している個別支援計画の説明と実践である。重症心身障害児（者）施設の時には、ケース検討をして課題を明示できたが、実際にサービス提供は目標にとどまり、十分なサービス提供・再評価・計画の見直しなどには反映できなかった。個別支援計画を作成しサービス提供にあたり、そのサービスを実践するためになでしこでは、新たに見守りスタッフを採用し、個別性の高い日中活動が実践できていることがあげられる。

まとめ

障害者自立支援法によりなでしこは40床を療養介護事業へ移行した。移行して2年が経過した。療養介護に移行したメリットは、1) 入所者全員に成年後見人となり法的責任が明

確になった。2) サービス管理責任者の配置である。3) 個別支援計画を明示することである。この3点は措置委託から対等な立場での契約による入院になった。

デメリットとしては、1) 福祉サービス費は、利用定員が多くなると低い設定である。2) サービス管理責任者として定員によって配置数が異なっている。他のサービス提供職員の指導・監督・助言者が責務であり、サービス管理責任者を専門職種としての位置づけが必要である。3) 個別支援計画作成、モニタリング、再評価などの作業量が増大した。4) 事務作業量や連絡調整する作業が膨大になった。5) 生活支援の資格が明示されていない。発達期に発現した障害はケアだけでなく生涯発達視点からの支援が重要である。

改善のための要望

重症心身障害児（者）施設が療養介護事業所へ移行するためには、以下の問題点の改善がないと移行は困難であろう。

- ①福祉サービス費を「施設給付費」と同じように、施設規模が大きくなると現行では単位数を減らしているが、これは規模の大きい施設で福祉サービスにスケールメリット（規模の経済性）がある場合しか適用すべきではなく、療養介護事業はスケールメリットは望めないで、利用者1人当たり一律の単価設定をすべきである。
- ②生涯発達視点から生活指導員・保育士など児童福祉法や知的障害者福祉法に準じる有資格者の配置が必要。配置基準とそれに見合う単価設定を行うこと。（生活支援員の専門性の確保とそれに見合う単

価の設定（人件費の確保）と児童指導員・保育士・PT/OT/STなど特別の専門職の配置基準が必要である）。このためには人件費率が高くならないように総収入が多くなる単価設定が不可欠である。

・例えば、「生活支援員」だけでなく、児童指導員に相当する職種として「生活専門員」（仮称）という発達などを指導する職種の配置が重要である。

- ③サービス管理責任者を40：1として、別立て報酬が必要である。例えば、個別支援計画作成1部について少なくとも1回1000単位以上（サービス管理加算を含む）とする。
- ④新たな個別支援計画作成費は初回だけでも別立て報酬として加算する。（例えば、3000～4000単位）
- ⑤日中活動の場を確保するためのスペースの規程（多目的室などのスペースの充実）があることが望ましい。国立病院機構では60床の病棟が建築されつつある。居室以外（多目的室。プレイルームまたは戸外での活動など）で過ごせるスペースを確保すること、あるいは日課・週間スケジュールなどのソフト面で居室外への移動などを個別支援計画で確保することにより、日中活動の場が担保されることを期待したい。
- ⑥療養介護においてもQOLの視点から日中活動の実践を保障する意味合いから、日中活動としての単価設定が必要である。（児童福祉法における「療育訓練費」に相当する額）
- ⑦重症心身障害者「療養介護」事業の入院調整の窓口機関として市町が担当する

か、「障害児支援の見直しに関する検討会」の意見のようにその調整をさらに県が担うか、など責任の所在を明記すべきである。現行の障害者自立支援法による契約制度では、行政機関あるいはサービス提供側の都合により、利用者（当事者）のサービス利用が制限される可能性が大きい。市区町村では重症心身障害児（者）への対応に馴れた専門職員が不足することもあり、都道府県単位の調整機関が不可欠であろう。

なでしこの療養介護事業の場合でも、入院待機者があり、市町村の行政関係者あるいは個人からの入院申込があり、入院の調整については行政機関が知らないままである。このようなことがないように入院の連絡調整する行政機関の窓口を明確にすべきだろう。

【第三部】療養介護（障害者自立支援法）への移行に伴う

家族及び職員の意識調査のまとめ

大友正明：済生会明和病院・なでしこ（重症心身障害児施設・療養介護事業所）
長坂有花：済生会明和病院・なでしこ（重症心身障害児施設・療養介護事業所）
樋口和郎：済生会明和病院・なでしこ（重症心身障害児施設・療養介護事業所）

【はじめに】

障害者自立支援法が平成18年10月より本格施行された。重症心身障害児（者）施設である当施設は、重症心身障害児施設10床、療養介護事業所40床へと移行した。障害者自立支援法は、措置から契約へ、応能負担から応益負担となり、重症心身障害児（者）とその家族にも大きな変化をもたらした。その内容と問題点を明らかにして、今後の重症心身障害児（者）福祉制度の改革への貧者の一灯としたい。

【対象と方法】

新体系（療養介護）に移行して6か月を経過した平成19年5月、なでしこに入院中の利用者家族及び通園事業利用者家族に対して世帯分離、後見人の役割と負担感、個別支援計画の理解度、移行後のサービス評価などをアンケート方式で調査した。

また、平成20年8月（療養介護事業所へ移行して1年10ヵ月経過後）なでしこの職員に対して障害者自立支援法の理解状況、療養介護事業所へ移行したことの意見、個別支援計画の意義・認識について、サービス管理責任者の責務と理解などを調査した。

両アンケート調査を通して障害者自立支援法や重症心身障害児（者）施設が療養介護に移行した後の家族と職員の意識・認識を整理

し、それらの問題点について考察した。

【結果】

1. 障害者自立支援法について

職員が障害者自立支援法を理解しているかの設問では、「ほとんど知らない」が42%であった。「なんとか知っている」が40%であった。障害者自立支援法の知っている内容の記述では、措置から契約、成年後見の導入、応益負担など、なでしこが移行に伴って準備していることは理解できている。

多くの職員は、障害者自立支援法について詳しく理解していないために、わかりやすく教えて欲しいなどの記述が多かった。

2. 措置から契約について（成年後見制度について）

措置から契約に変更するに伴い、なでしこでは、成年後見人選任を家庭裁判所に（30家族は集団で）申請し、39家族が成年後見人（1名は行政書士）となった。その後見人と入院契約を行っている。通園事業利用者家族は現在までに26家族中5家族が後見人を申請し、在宅者は、成年後見人の制度を導入する意識が弱かった。「契約」を代行するという意識として親権者である親が代行しているという意識が重なっているようである。

障害者自立支援法では、福祉サービスを利

用すると1割を負担することになった(上限管理がある)。家族の後見人としての役割と意識については、後見人としての役割の負担感の有無には大きな差はなかったが、負担を感じることは、財産管理、役所での諸手続き、本人代理で説明を聞いて判断すること、経費の支払いであった。意識として「後見人の手続きは大変でしたが、それゆえ責任感も生まれました。しかし、親としての感覚の方が大きくまだまだです」や、後見人が高齢化に伴い後見人の役割を遂行していくことが難しくなっていくという意見もあった。

3. 療養介護へ移行後の評価について

長期入院者の家族による全体的サービス提供についての評価では、「ほとんど変化なし」であった。しかし、「少し後退した」と言う意見が16%もあった。家族からの記述では、「サービスが後退したという感覚はないが、何かと手続きや園医者の受診等、そちらに足を運べないので、いろいろと家の事、行事のことを合わせながら頭を悩ます事が多い」という、今までは措置制度で施設が親代わりをしていたことが後見人の役割となり、負担が増えたように感じている意見があった。一方「今までそうしても要望が無視されたり、上層部へ上からず親でなければ感じ取れない危機状態でも責任がどこにあるのか分からなかったが、サービス管理責任者と呼ばれる方が適切な管理をしてくださり、それだけでも最上の喜びを感じている」というサービス管理責任者の配置を評価している意見もあった。

療養介護事業所への移行後の福祉の全体的なサービス提供については、「どちらでもない」が45%、「あまり良いとはいえない」が

41%であった。このことは契約になり、措置の時よりもサービス提供への協力が求められ、そのサービスも制限されることが増えたと感じている結果と推測している。

長期入院者では、経済的負担が措置費と変わらないとしているが、個別減免のために心ならずも世帯分離をすることになり、手続き上であっても家族の分裂に心痛を感じている家族がある。在宅者では、福祉サービス費に負担を感じている家族がある。

なでしこの職員における、療養介護への移行についての調査では、「まあまあ」が44%、「適切であった」15%、無回答が41%であったが、不適切という回答は0であった。「適切であった」と回答した職員の記述では、早く移行したことを評価している。「まあまあである」と回答した職員の記述では、質はあまり変わっていないなどの意見であった。

療養介護に移行して感じたことについては、「以前と変わらない」が59%、「以前より良くなった」が12%、「以前より悪くなった」が3%で、療養介護に移行しても日常的な業務は全く変わらないために「以前と変わらない」との評価が多かった。療養介護に移行時に保育士全員を通園事業所属にして、療養介護事業所に出かけて行く勤務形態に変更した。長期入院者を通園事業利用者と一緒に活動させる「日中活動」を導入したことにより、「以前より良くなった」、「充実した活動ができるようになった」と評価する職員もあった。また、個別支援が提供できるようになり、よりよいサービスになったと回答している。

施設と家族・利用者との関係では、契約により対等な関係、家族とスタッフが話し合う機会が増えた、などの記述であった。

仕事の内容や職員の意識では、仕事内容や意識は以前と変化はないと記述している。

「以前より悪くなった」の記述意見では、ショートがなかなか受けられないことなどの記述があったが、この原因は医師・看護師不足が顕在化したために、短期入所が受けにくくなったということが真相で、療養介護への移行とは関係しない。ほとんどの職員は、移行後も業務内容や職員の意識、利用者の生活には変化がないという認識であった。

個別支援計画については、どの職種においても個別支援計画がそれぞれの生活を支える計画であることを認識している。利用者の生活を支える個別支援計画における職種の専門性では、職種によって専門性のとらえ方に少し違いがみられた。個別支援計画を作成することの負担感では、目標設定、ケース会議の参加や計画書に記述することと、計画に基づいて実践することなどに負担を感じている。

サービス管理責任者の配置と役割の認識では、サービス管理責任者の配置義務と役割を「ほとんど知らない」の回答が多かった。役割の自由記述では、職種によってサービス管理者の役割の認識が少し違っていることと、職員全体の認識が弱く、個別支援計画の作成や家族の連絡調整役としての認識をもっていた。特に将来職員がサービス管理責任者になることを希望するかの設問では、希望しないが多く、仕事がわからないと答えた職員もあり、サービス管理責任者の職務が浸透していなかった。

契約に移行し、職員による後見人（家族）との連絡・調整については、「家族と話しすることは楽しい」が2割程度であったが、「家族と話しをすることは負担を感じている」

が約1割あった。職員によって楽しく感じる職員と負担に感じる職員がいることを認識する必要がある。職種によって家族との連絡・調整の違いがみられた。家族と話しをすることが楽しいとの記述が10件、家族に連絡・調整することは負担を感じているとの記述が7件であり、家族とスムーズに連絡が取れないことで勤務時間外や他の職員に連絡を依頼することに負担を感じていると推測する。

【考察・結論】

療養介護に移行して2年が経過した。移行したなでしこでの日常生活には変化がなく、以前の生活日課で過ごしているために、職員は移行について違和感をもっていない。措置から契約制度になり家族との連絡・調整が欠かせないが、このため家族への連絡に負担に感じている職員も多くいることがわかった。個別支援計画の作成は、膨大な時間を要し、その個別支援計画を作成するのがサービス管理責任者であるが、職員を指導・監督することについて明確な省令などで統一的な業務の位置づけをする必要を感じた。

なでしこが療養介護に移行して2年が経過した間の、家族の意識変化を調査した。その結果、障害者自立支援法により経済的負担を感じている家族は存在しているし、負担を軽減するために世帯分離をしなければならないことに「こころ」を痛めている家族もいる。家族が後見人になることに関しては、従来から行っている面会や帰省には負担を感じていないようであるが、新たに果たすべき役割となった利用者本人のための判断、管理、手続きに負担を感じているようである。

新体系移行後の全体的な福祉サービス提供

について、長期入院利用者も在宅者もプラスのイメージを持っている家族は少ない。障害者が自立して地域生活に移行する理念からはかけ離れた状態になっている。障害者自立支援法により18歳以上の重症心身障害者を療養介護に移行することは多くの課題が残っている。障害者自立支援法の理念である「障害者が地域で暮らせる社会」を目指すのであれば、「療養介護事業所」が重症心身障害者が従来
の重症心身障害児（者）施設と同様に豊かな生活を送れるようにすることが不可欠といえる。現行の療養介護の条件は児者一貫を保証するのは施設の自主努力に依存しているため、重症心身障害児（者）本人とその家族だけでなく、職員一人ひとりをはじめ、施設にも相当な負担がかかっている。これらの課題を解決していかなければ、重症心身障害児（者）施設が障害者自立支援法の障害者施設へ移行することには、重大な困難があるというしかないだろう。

【第四部】重症児施設に入所している「動く重症児・者について」

有本 潔：島田療育センター

研究のまとめ

1. 研究の概要

平成19年度総括研究報告書において、重症児施設に入所している「動く重症児・者」について、重症児施設の今後の方向についての懸念のひとつである、動く重症児について、検討した。動く重症児・者は、独歩以上の移動能力を持ち、重度以上の精神遅滞（知的障害）があって、重症児施設での処遇されてきた児・者である。障害者自立支援法の中での適切な位置づけがないと、療養介護対象とならない可能性があり、なおかつ生活介護対象となったときに、動く重症児・者の医療が適正に行われるか、といった懸念がある。これらの検証のために、現在の医療・介護の実態を、島田療育センターの入所者を対象に調査した。島田療育センターで、動く重症児にあたる入所児・者は、大島分類5、6、10、11、17、18を基準として、55名であり、やや男性が多く、年齢は50歳台35%、40歳台43%、と高齢化が目立つ。特に女性では40歳以上が89%と高率であった。視覚・聴覚障害が10名に見られた。これらの児・者を対象に、障害程度区分判定シミュレーションソフトによる、障害区分判定を試み、日本重症児福祉協会が毎年行っている実態調査チェックリストとの関連項目を比較検討した。関連項目として、移動、排尿・排便、食事介助、コミュニケーション（理解・表現）、問題行動（異常習慣・対人行動）を取り上げた。年毎の変化が著しい利用者を調査した。医療内容につい

て調査した。医療費を、動く重症児とそれ以外の病棟単位で比較した。障害区分判定では、動く重症児・者の約3分の1が、シミュレーションソフトによる積算の基準時間からは療養介護対象とならなかった。動く重症児・者とそれ以外での基準時間の差は、大きいとはいえないが、動く重症児の中での時間の分布は広く、基準時間の合計で3倍近い開きがある。チェックリストとの比較では、本人の運動機能と、見守りの必要度、遂行の適正さ、介助者（職員）の技術・経験により、両者の評価に差が生じることが多く、障害区分のより適正な実施が望まれた。項目別では、移動能力では、比較的短期間に移動能力が低下した事例を報告した。排泄介護は比較的必要度の高いものが多い。知能・言語表現では、介助者（職員）の理解能力によって知能度が変わり、より具体的・客観的な基準が望まれる。問題行動では、排他・拒絶的傾向、自閉・常同行為などが多い傾向で40～60%となった。問題行動があった場合に、それが介護時間の増加につながったかどうかをみると、便こね、いたずらなどは増加したが、自傷・他害は変化がなく、安全を守るための見守りを考えると実態が反映されていない。医療面では、向精神薬は35%に使用され、抗けいれん剤は約60%に使用されている。てんかん発作の多さは、障害程度区分との関連は少ない。その他骨折・外傷・感染症・成人病への医療がなされている。入院料では、動く重症児以外の病棟との差は、一日あたり数百円と大きな差が

ない。入院料以外の医療費収入では、一般の重症児病棟の半分から3分の1となっている。

歴史的には、昭和38年厚生省次官通達の第2項に、精神遅滞があって、家庭および既存施設で処遇不可能な者として動く重症児にあたる児が処遇されたが、昭和41年厚生省次官通達により、重症心身障害児・者が、身体・精神の重度重複として定義される中で除外されてきた。これに対し、昭和42年衆議院社会労働委員会の附帯決議および通達により、昭和38年の選定基準を守るとされている。昭和45年の中央児童福祉審議会では、動く重症児を行動異常の著しい精神遅滞と定義してきたが、これに対し、平成4年厚生省心身障害研究の中で、動く重症児の類型は、強度行動障害だけではなく、歩行障害、視覚・聴覚の障害、危機回避、身辺処理能力の障害、てんかん・易感染性などに対する医療の必要な群などの類型がある。身辺処理介護、慢性疾患の比率が高く、不安定独歩は6割以上とされる。これらの特性を持つ場合、家庭はもとより、現存の知的障害施設などの、生活施設での処遇は困難と思われる。動く重症児・者は公法人立施設入所者の2割程度と考えられるので、処遇の帰趨は、施設運営に大きな影響をおよぼすと考えられる。現在の医療を含めた体制は、生活面への配慮などがあれば、動く重症児・者のニーズに最も対応力を持つと考えられ、処遇の決定には、利用者のニーズを充分反映させる障害区分判定が必要である。重複するニーズについての視点が必要で、利用者特性と、ケア担当者の力量も区別されなければならない。日常的な監視・モニタリングといった医療ニーズも無視できない。以上、

①歴史を踏まえた対応、②動く重症児・者のニーズのうち、介護、慢性疾患への対応を重視する、③障害程度区分判定の適正化、④医療ニーズへの対応、⑤生活面の処遇への配慮、などについて検討した。

2. 平成19年度実態追跡調査との関連

アンケート調査項目の中で、前述の研究と関連のある項目について検討した。まず、療養介護施設移行の検討状況では、67%が考えていなかったが、療養介護施設への移行が進むための条件で、生活施設と判定された対象者への対応について見通しがつくことをあげた施設が、70を越え、大きな懸念となっていた。障害区分判定シミュレーションは72%の施設で行われ、各施設でシミュレーション上生活介護対象となる入所者が1桁～20人までとなる可能性があった。これらの判定は、普段の介護量から妥当でないと感じる施設は60%であったが、医師意見書などで区分が上がる可能性は8割以上の施設で考えていた。また、一部が生活介護となることを予想する施設は約8割で、その人数は10人程度までを多くが予想し、その比率は全入所者に対し10%程度と考えられた。処遇する場合は、他の施設への移動を6割、自施設での対応を3割で考えているので、全国では数百人以上の生活施設の受け皿が必要になると思われる。介護量の各項目では、歩行不安定は8割以上の施設に存在し、視覚・聴覚障害も6割以上の施設に居住する。食事・排尿・排便介助・危機回避のための介助が不要な利用者がない施設も多い。骨折・感染症、成人病、などへの対応も多くの施設でなされていた。これらの実態は、前述の研究の内容が、各施設に

おける事情や、考え方を反映したものであることを支持すると考える根拠になると思われる。

3. 平成20年度アンケートとの関連

平成20年度に行われたアンケート調査では、療養介護施設への移行は4割程度で検討されているが、動く重症児に関連して、生活介護対象となる人数が15%（実数で1400人弱）想定されている。この点に関する懸念は、前回アンケート調査時と同様と考えられる。

「国立病院機構重心病棟におけるサービス提供について」 3年間の総括

研究分担者 宮野前 健：国立病院機構南京都病院 小児科

総括

この分担研究では国立病院機構における障害者自立支援法に基づく療養介護事業に移行した福岡病院の取り組みを中心に研究報告を行った。

国立病院機構は現在145病院よりなり、このうち72病院が政策医療の一つとして位置づけられている重症児医療を行うための重症心身障害児者病棟を運営している（機構外に国立精神神経センター病院は重症児医療のナショナルセンターとして位置づけられている）。ベッド数は約7400床で、病院機構全病床数の15%を占めている。平成18年障害者自立支援法が施行され病院機構が有する神経難病である筋ジストロフィー患者の病棟（26施設 約2400床）が4月より一斉に療養介護病棟として再スタートしている。入所者全体の60%が人工呼吸器管理の必要な利用者であるため、他の病棟に比較して看護職の人員配置が厚く、また移行措置として看護師一人を生活支援員1.5人換算可能で比較的経営にマイナス影響を与えることなく人員増が可能であった。しかし重症児病棟を有する国立病院機構施設72カ所中、平成18年10月に「重症児の委託病床」から療養介護事業に移行したのは福岡病院と、公法人立重症児施設119カ所の内、

三重県済生会明和病院の「なでしこ」の二カ所のみであった。国立病院機構では看護師主体の病棟運営であり生活支援員に相当する職種は児童指導員と保育士および無資格の看護助手のみで1病棟に5～6名の配置である。利用者一人に対して現場職員は0.6前後と公法人立施設の「1：1」に大きく遅れており、生活支援に必要な介護力の少なさは大きな欠陥となっていた。

国立病院機構は政策医療推進を旗印に平成16年独立行政法人として再スタートを切り、直接的な「福祉」対応は行わない建前になっている。筋ジストロフィー患者の病棟が療養介護事業に移行した時点では、重症児病棟では大幅な生活支援の増員が必要で人件費増による負担が大きく経過措置のまま現在に至っている。そのような状況の中で福岡病院の取り組みは、経営母体や運営方針が同じ国立病院機構のモデルケースになるものであった。特に利用者へのサービス改善、現場業務や経営面の影響を中心に、その準備期間の取り組み、移行とその成果・課題について客年度毎に福岡病院の現場から研究協力者に報告して頂いた。

準備期間（平成18年度報告）

国立病院機構では独立行政法人化された翌

年平成17年度より夜勤可能なヘルパー2級以上の資格を持つ療養介助職が採用可能となった。これは障害者自立支援法に基づく重症心身障害児施設（委託病床を含む）の今後の施設形態が福祉型の「生活介護事業」ではなく、医療を主体とした「療養介護事業」移行を念頭に置いた措置であったと考えられる。いち早くその制度を活用したのは福岡病院であった。各重症児病棟に8名（3病棟合計24名）採用し、その多くが介護福祉士の国家資格を持つ若者であった。病棟に於ける看護師、療養介助員の業務分担を明確にし、一部看護師を他病棟に配置して看護基準上位を取得することで経営面のマイナス面を可能な限り少なくした。

療養介護事業にスムーズに移行できるように、保護者・家族への説明会・個別対応を実施し利用者の障害基礎年金の管理方法等についても合わせて協議を重ねている。

療養介護事業移行（平成19年度報告）

療育指導室が中心となり療養介護事業移行に向け関係自治体との交渉や、措置制度から契約制度に移行するため保護者との面談を重ね、個別支援プログラムの作成や個別契約事務の取り組みを実施している。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、身元引受人と結び、利用者の経済的自立の支援にもつなげた。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、厳正に管理する事になっている。また療養介護事業移行では障害程度区分4以上（つまり4、5及び6）が対象となるが事前調査では9名が非該当で

2名が家族の希望に添った形で知的障害児施設へ移行した。最終的に4以下の障害区分相当者はいなかった。保護者に対しては事前に説明会等で理解を求めスムーズな移行が実施できている。

また療養介護事業移行に際して療養介助職を含む生活支援員配置「2：1」を実施するため無資格者を含む生活支援員の増員を行っている。その結果利用者1名に対して現場職員（看護師、療養介助職、生活支援員）はほぼ「1人」になった。それに併せて病棟業務の見直しを行い、各職種間の業務内容や手順・役割分担を決めて、各資格に応じた業務分担や共通して行う個別業務などを明確にした。

移行後2年間の評価（成20年度報告）

平成18年10月の療養介護事業に移行して2年が経過した。病棟現場の変化および重症児者の医療・療育や日常生活、さらに病院運営・経営面でどのような変化、課題が生じたかの評価を療育指導員と施設長の立場で報告を挙げていただいた。

療育指導室から

療育指導室業務はこれまでの日常生活支援や在宅重症児者の短期入所や通園事業のコーディネート役、地域福祉関係機関との連携などに加え多くの業務が加わる結果となった。しかしこの事は、療育指導室の福祉の専門性を大きく発揮できる機会にもなり、利用者のQOL向上や病院運営上、社会的な評価を向上させる原動力となる可能性を秘めていると考える。

今回新たに配置が義務付けられた「サービ

「管理責任者」業務は、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。各職種と連携して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、評価等を行う要になっている。

福祉サービス利用行政連携・金銭管理も大きな仕事の一つである。措置制度から療養介護事業に移行したことで、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、その事務手続きの窓口業務も重要になっている。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、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であるため、個々の家庭の事情に応じた支援も大きな仕事になった。

各利用者が受け取る障害者基礎年金の管理を、福岡病院では「こぼと支援室」を開設し一括して行う部署を新設した。これは家族・保護者との信頼関係が無ければできなかった事といえる。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会役員を委員長とし、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。

療養介護職は、ヘルパー2級以上という規程になっているが、福岡病院はほとんどが若い介護福祉士である。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おり、療育に関しても理解が高い。超・準超重症児の割合

が高く、医療的ケアを担う看護師との連携がスムーズに行くよう業務分担を予め組んだ。

施設長の立場から

施設長として明確な方針の下に療養介護事業移行を行っている。それは（１）これまで旧療養所時代から抱えていた課題を克服し、利用者の処遇改善に結びつけるか（２）保護者・家族にこの制度移行に対して理解と協力を得るか（３）いかに経営的なマイナス要因を少なくして療養介護事業に移行するか（４）療養介護職と生活支援員の増員に伴うスタッフ間の連携や業務分担、モチベーションの向上をどう図っていくのか（５）措置制度から契約制度になった場合、利用者の負担金徴収をどのようにスムーズに行えるか等である。その明確な方針と強力なリーダーシップで、本部との交渉や現場のスタッフと一体となり国立病院機構として初めて療養介護事業移行が実現できたものといえる。

施設長の立場の総括として下記を挙げている。

移行による利点と欠点（平成20年度報告書より）

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. 取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。

また国立病院機構の今後の方向性として下記の提言を行っている。

国立病院機構の重症心身障害児者病棟の将来像（平成20年度報告書より）

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

障害者自立支援法の見直しも進み重症児施設も平成24年度には経過措置も終了して、「療養介護事業」あるいは「生活介護事業」のいずれかを選択しなければならない情勢で

ある。また児童福祉法上20歳を過ぎても重症者は「児者一貫」制度の基、同じ処遇、法体系のもとで過ごしてきた。しかしこれが撤回されると、現在の利用者の処遇が大きく変わる可能性もありその行方を注視している。さらに生活支援員の配置数に合わせた福祉の給付金の設定単価も将来どう改変（改悪？）されるか不透明である。その様な情勢の中、福岡病院の取り組みは旧来の重症児病棟の質的環境を大きく変え、経営的なマイナス要因をどう克服していくか等で、国立病院機構に於ける療養介護事業移行のモデルケースとなるものである。

設立背景や掲げる理念が異なる公法人立重症児施設も、療養あるいは生活介護事業移行に対して国立病院機構とは違った課題を抱えている。これまで日本の重症児施策は利用者へのサービス面において「一国二制度」と揶揄されることがあった。日本の重症児医療は極めて専門性の高い分野であり、福祉・生活支援が表裏一体となったものである。この事を基本に、障害者自立支援法に基づく療養介護事業あるいは生活介護事業へ変わること、どのような質的変化が現場、施設レベル生まれるのか注視していくことが必要である。

またSMIDデータベースを活用して国立病院機構における重症心身障害児者の入院経路の検討を行い、小児病棟やINCUからの入所事例が増加していることを明らかにした。障害者自立支援法のもと、国立病院機構の政策医療である重症心身障害児医療の今後の在り方を示唆するものとする。

平成18年度報告

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

「国立病院機構重心病棟に於ける サービス提供について」

研究分担者 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

入院経路の経年的変化

— SMIDデータベースより —

国立病院機構南京都病院 小児科
宮野前 健
国立精神神経センター病院 療育指導室
今井 雅由

平成19年度報告

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 —

研究分担者 国立病院機構南京都病院
副院長 宮野前 健

研究協力者 国立病院機構福岡病院
小児科医長 大野祥一

国立病院機構福岡病院
療育指導室長 杉田祥子

国立病院機構福岡病院
療育指導室 村山 知生

国立病院機構福岡病院
経営企画課 出良 和之

平成20年度報告

療養介護事業移行の3年間の総括

— 施設長の立場から —

国立病院機構 福岡病院長 西間三馨

療養介護に移行して

— 療育指導室の立場から —

国立病院機構 福岡病院 療育指導室長
杉田 祥子

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

研究分担者 小田 滋：旭川荘療育センター療育園院長

最終年度にあたり

初年度は全国肢体不自由児施設実態報告書を分析し、施設定員の58%しか利用されていないこと、また、利用児の内、大島分類1～4の狭義の重症児が35.5%を占め、超重症児、準超重症児も5.4%を占め、利用児の重度化の実態が明らかになった。さらに平成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を用いた実態調査を実施し、この区分法では肢体不自由児施設利用児の実態を適切に判定できないことを指摘した。

そこで2年度目には肢体不自由児施設の大きな使命である退所後の地域生活移行支援についての施設の取り組み及び被虐待児に関する調査についてアンケート調査を行い、分析した。平成19年度の報告では、施設退所後の地域移行に対する施設の取り組み、施設利用児は退所後に地域で生活することを強く希望しており、施設側もこれに応えるべく積極的な取り組みを行っていること、また被虐待児問題についても施設は種々の取り組みを行っていることが明らかとなり、多様なニーズへの対応の必要性を示した。そして、在宅生活に向けた生活訓練の必要度などは、現状用いられている要介護度や医療度のみでは決して測れないと考察した。

最終年度は肢体不自由児施設に1965年から制度化された母子入園制度について研究協力者の長が現状と課題を纏め、母子療育を含めた在宅療育の支援基地としての肢体不自由児施設の役割がきわめて大きいと結論した。研究協力者の三上らは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、全国肢体不自由児施設運営協議会によって作成されたJASPER・ADL Ver.3.2、およびWHOの国際生活機能分類（ICF）を用いた実態調査を実施した。その結果、大島分類1～4の児童とそれ以外では自立度、介護度に当然のことであるが大きな差のあることが判り、肢体不自由児施設が様々なニーズに対応している現状を報告した。なお、JASPERの介助度は、必要な介助のタイプを聞いており、その介助がどのくらいの頻度・時間で必要であるかを聞いているわけではない。例えばJASPERによる介助度の程度が見守りや監視などの低い水準であっても1日に5時間の支援が必要な場合と、全介助であるが1日30分の支援が必要な場合では、どちらの支援強度が高いのかは単純に判断できるものではない。したがって大島の分類が5以上の入所児が定義どおりの重症児に比べて必要な支援強度が低いということを示しているわけではない。より具体的な支援強度を測るには、必要な支援タイプ

に加え、どのくらいの支援頻度と支援時間が
必要なのかという視点が必要と考えられる。
研究協力者の伊達は障害程度区分の決定に際
し、医療度、介助度のみならず日常活動、社
会参加支援、虐待対応へのニーズへの配慮が
必要と結論した。

今回の研究で肢体不自由児施設の実情を明
らかにすることはある程度出来たが、肢体不
自由児施設の持つ在宅支援、子育て支援の見
地からも外来診療、母子療育、発達障害児へ
の対応、被虐待児問題への対応などは欠かす
ことができない機能である。また、在宅支援
は勿論のこと、施設利用を余儀なくされる子
供たちのためにも、自立支援法の見直し時期
に当たり、障害種別を超えて属人的な障害程
度区分が行われ、十分な個別支援が可能な制
度の構築が望まれる。