

重症心身障害の療養介護事業

西 間 三 馨

IRYO Vol. 61 No. 3 (174-180) 2007

要 旨

障害者自立支援法の療養介護事業・療養介護サービス費(I)で、2006年10月より福岡病院は全重症心身障害者病棟が新制度に移行した。その背景、過程、結果と今後の課題について述べた。要点は、

1. 各種の新たな規程を中心とした書類作りと、その申請や了解に多大の時間を要した。2. 個別支援プログラムの作成は指導室を中心として精力的に行われたが、関係部門の綿密な協力が必要であった。3. 患者の自己負担発生にともなう施設による年金管理の変更作業はきわめてハードなものであったが、施設が健全に長期的に運営管理していくうえで必須のものであり、また、これにより保護者の意識も大きく変わってきた。4. 介護スタッフ、とくに非常勤の生活支援員の確保に苦労した。5. 障害程度区分4以下の入所者への対応は後方施設が少ないこともあり、今後の大きな課題である。6. 市町村での障害程度区分の判定作業の遅れや不一致がみられた。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と、継続的教育が重要である。8. 神経難病、進行性筋萎縮症、重症心身障害という異なる疾患群を同一病棟で管理するのは種々の側面から無理が多いと考えられた。9. 今後は多職種、多病種が入ってくる可能性が高いため、医療事故防止のための対策を立てる必要がある。10. 人件費の大幅なアップのため、収支上はマイナス面が多いが、入所者の処遇は格段に向上した。

以上のように種々の問題はあるものの、実際に施行していく過程で生じてくる課題を前向きに解決していくことにより、障害者自立支援法が重症心身障害児（者）の将来にわたる医療・福祉に寄与する法律となるべく積極的に作業していくことは、国立病院機構重心施設の絶対的な責務と考えられる。

キーワード 重症心身障害、障害者自立支援法、療養介護、生活介護、超重症児

はじめに

障害児（者）の医療・福祉に携わるものすべての衆目を集めていた障害者自立支援法が成立し、2006年4月1日から施行された。進行性筋萎縮症（以下、筋ジス）については経過処置を設けて2006年10月1

日から、重症心身障害（以下、重心）についてはおおむね3-5年程度の猶予期間をもった移行となった。当福岡病院重心では5年の猶予期間を待たず2006年10月1日から全面的に療養介護事業を実施した。本稿では、その背景、本格実施までの準備、作業の実際、移行による利点と欠点、および今後の方

国立病院機構福岡病院 院長

別刷請求先：西間三馨 国立病院機構福岡病院 〒811-1394 福岡市南区屋形原4-39-1

（平成19年1月5日受付，平成19年2月16日受理）

Medical Treatment Care Project for SMID (Severe Motor and Intellectual Disabilities) Sankei Nishima

Key Words: SMID (severe motor and intellectual disabilities), Services and Supports for Persons with Disabilities Act

向性について整理した。

療養介護事業に全面移行することを決断した背景

重症心身障害児（者）医療については国立療養所の時代から多くの問題が指摘されていた（表1）。これについては、多くは国立病院という国家公務員総定員法の縛りの中では根本的対応が困難であった。その中で項目3の超重症児医療に対しては国療が後方支援医療を有するという強みを生かして徐々に対応できるシステムが構築されてきた。また、項目4の在宅支援制度への参加の遅滞についてはB型通園事業が2001年7月から福岡病院で開始された。項目9の公法人立施設との連携や、項目10の包括制医療についても対応が進んだが、その他はほとんど手つかずの状態であった。しかし、2004年4月に国立病院・療養所が独立行政法人化したことにより一気に改善に向けて動き始めた。とくに対応の困難であった療養・生活介護スタッフについては新たに2005年、療養介護職が新設されたのは画期的なことであった。

しかし、2004年11月に厚生労働省障害保健福祉部から出された「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」は、われわれの予想していたものより、はるかに過激に変革を迫るものであった。さらにこのグランドデザインが障害者自立支援法（案）として徐々に全貌が明らかになるにつれ、本法がこのまま本格実施された場合は表2に示すような大変動が予測された。国立病院機構の病院では1-1)の大多数が療養介護対象、または1-2)

表1 現在の国療が抱えている問題点

1. 入院者の高齢化、保護者の高齢化
2. 在院日数の上昇、新規入院の減少
3. 超重症児の増加と入院依頼の増加
4. 在宅重症児支援制度への参加の遅滞
5. 動く重症児への対応困難
6. ボランティア、家族の療育参画の未整備
7. リハビリテーションへの取り組みが不十分
8. 児童指導員、保母の業務変質への未対応
9. 公法人立施設との連携が欠乏
10. 包括制医療への分析と対応がない
11. 医療スタッフの継続的教育・研究システムと専門性が乏しい
12. 療養・生活介護スタッフが少ない

(1995年当時)

の多数が療養介護対象になる施設がほとんどと考えられたが、本法律が施行日の2006年4月になっても不確定な部分の多い未整理・未成熟なものであったため、実際に現場にどのような変化を生じ、それに対応どのような対応をしなければならないのかは混沌としていた。このままの状況が続けば、現場の混乱は深まり、法律の5年後の全面実施自体も危ぶまれるため、とにかくにもパイロット的に試行し、問題点、改善点を抽出する作業を早急にしなければならない、という背景があった。

当福岡病院は、すでに在宅支援ではB型通園事業を国療では最初に手がけ（2001年7月）、2004年4月にはA型通園事業へと拡大しており、入院面でも患者と職員の傾斜配置、超重症児対応病棟、療養介護職の大量導入をしていたこともあり、2006年10月に療養介護事業に入る態勢はほぼでき上がっていた。

本格実施までの準備と作業の実際

スタッフ構成と業務分担、開始時の病棟別・職種別の職員配置数は表3に示す。とくに力を注いだ職種はまったく新しい職種の療養介護職であった。現在の24名（うち20名は介護福祉士、残りの4名も近いうちに取得予定）の教育研修計画は表4のように看護部を中心に精力的に行われた。その後、療養介護事業の療養介護サービス費(I)の取得のため生活支援員（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）も導入したので、看護師、療養介護職、生活支援員Ⅰ、生活支援員Ⅱの4職種の業務区分を表5のようにして有機的な看護・療育・介護チームの構築を目指した。

障害者自立支援法・療養介護事業への移行にともなう書類関係は以下に示すようにきわめて多くのものの確認、新規作成が必要であった。

1. 個別支援プログラムの作成
2. 障害度関連の入所児（者）全員のデータベース作成
- 身体障害者手帳一覧、療育手帳判定一覧、超重症スコア、大島の分類、障害程度区分（病院実施シミュレーション）、市町村実施の障害程度区分一覧
3. 管轄市町村関係の整理

児童の管轄児童相談所一覧、療養介護該当者の

表2 国立病院機構における障害者自立支援法（案）への対応 一入所者に関して一

1. 療養介護と生活介護の比率が今後の機構の方向を決めるのに最も大きなポイントと考えられる。

1) 療養介護に大多数の入所者が入る場合

- (1) 重症度が次のポイントとなる
重症ほどプラスになる可能性大
- (2) 「日中活動の場」に対応して療養介護スタッフの増員が必要

2) 療養介護が多数の場合

- (1) 現在の試算では20-30%が生活介護に分類される可能性あり
- (2) 現有職員構成では対応できない
- (3) 生活介護群のため収入が大きく減るのは確実
- (4) 療養介護病棟と生活介護病棟に機能分けする方法はあるか
・病棟内ユニット化, 病棟別, 病院別, 他設立母体との住み分け, など

3) 生活介護が多数の場合

- (1) 基本的に現組織体制では対応不可能
- (2) 今から介護職を大量に入れる必要あり
・重心・筋ジス病棟の相当な収入減少
- (3) 看護職の大量余剰が出る可能性
・他施設への転勤は困難
- (4) 国立病院機構の機能として医療分野だけでなく介護分野にも展開していくかどうかの決断が必要
- (5) 対応を誤ると国立病院機構崩壊のリスク大
重心・筋ジス病棟の赤字転落→旧国療病院の一般医療のカバー不能→一般医療の消滅=後方支援医療の消失→旧国療病院の大幅な赤字→組織から脱落→機構の政策医療（錦の御旗）の喪失→機構の存在理由の著減→独法としての評価低下→民間へ

(2005.10)

表3 NHO 福岡病院における重心病棟職員配置数

		9病棟	10病棟	11病棟	計
看護師		28	17	17	62
療養介護職	介護福祉士	7	6	6	19
	ヘルパー	1	1	2	4
生活支援員 (非常勤)	I (有資格)	1	6	7	14
	II (無資格)	1	2	2	5
指導員, OT 保育士, PT		2	3	4	9
事務・清掃	定員	2			2
	非常勤	2	2	2	6
合計 (定員換算)		42	40	40	122

(2006.10.1, 入所者116名)

管轄市町村窓口一覧

4. 利用者契約関係書類の作成

療養介護サービス利用契約書, 重症心身障害児施設サービス利用契約書, 重要事項説明書 (療養介護, 重症心身障害児), 金銭管理委託契約書 (療養介護, 重症心身障害児), 同意書 (通帳振り替え支払い), 委任状 (預かり物品, 預かり金運用)

5. 契約関連書類の作成

療養介護事業運営規程, 重症心身障害児運営規程, 預かり金規程 (療養介護, 重症心身障害児), 預かり金運用管理委員会規程 (療養介護, 重症心身障害児), 苦情解決規程

6. 指定事業関連書類の作成

障害福祉サービス事業所の指定申請書類 (療養介護), 障害福祉サービス事業所の指定申請書類 (短期入所)

7. その他

表4 療養介助職教育研修計画

○教育研修目的：医療施設の状況を理解し、療養介助員としての役割が遂行できる能力を習得する。

○教育研修計画

教育研修目標	教育研修内容	時間	方略 場所	留意点	担当者
1 医療提供の理念および国立病院機構病院を理解する	○独立行政法人国立病院機構の概要 ・国立病院機構の基本方針 ○期待される国立病院機構の職員 ・職業人としての心構え ・職場の人間関係 ○国立病院機構の就業規則等 ・職場のルールとマナー ・健康と安全 ○病院の概況 ・病院の理念・方針 ・病院の特徴 ・院内諸規定・各マニュアル等 (災害発生時の連絡・避難含む) ○看護の概況 - 看護部門の理念 - 看護部門の組織 - 看護職員の職務と責任 - 看護体制 - 勤務体制 - 看護に関する諸規定	3 h程度	講義形式を中心とする (会議室) 病院概況書等 看護概況書等 看護業務基準 看護手順 各マニュアル	・医療施設等の特徴（保健施設・福祉施設との違い） ・医療サービス提供者の一員であることの自覚 ・組織の一員としての規則の遵守 患者への影響を認識できるように説明 ・病院の理念が個々の職員の行動に繋がるように説明 ・24時間患者の看護に当たる組織体制 ・看護組織の中の位置付けと役割 ・看護師、看護助手等の業務範囲の区分 ・ケアの質との関係 ・患者の特徴に応じた体制の選択	病院内で適任者を選定 看護部長等
*教育研修の1および2の内容については、新人看護師等の合同研修で実施しても可					
2 看護チームの一員として、看護業務を理解し、医療提供システムの重要な役割を分担することを認識する	○医療提供体制 - 外来診療体制、病棟診療体制 - 夜間医療提供体制、各部門の概要 ○看護チームと業務内容 ・医療チームの中での看護チームの役割と連携の理解	3 h程度	講義 見学 外来、病棟等 各部門に実際に行って説明 病棟運営 マニュアル等	・各部門がどのような連携のもとに実施されているかの概略を説明 ・病棟運営目標、看護方針、業務基準 ・病棟の月、週間、24時間の看護業務計画と分担 ・緊急・急変時の対応を理解	副看護部長等 看護師長等
3 療養介助員業務を遂行するために必要な知識・技術を学習し、技能を習得する	○療養介助員の業務範囲 ○介助に必要な基本技術の習得 ・感染予防の方法（手洗い、咳嗽） ・清潔、不潔の区別 ・コミュニケーション手段 ○療養生活にかかわる業務 ・身体清潔に関する介助 ・食事に関する介助 ・排泄にかかわる業務 ・安全・安楽に関する介助 ・運動・移動に関する介助 ○療養環境にかかわる業務 ○診療介助にかかわる周辺業務	8 h程度 8 h程度 2 h程度	講義とGW 事例 演習 療養介助員業務基準、手順 実習 (病棟)	・医師の指示と看護業務指示の区別の理解 ・病棟の看護手順に基づき看護師がデモンストレーションを実施 ・療養介助員の実施範囲を明確化 ・患者の特性を理解して実習 ・見学から始めて看護師と一緒に実施 ・医療処置が少なく生活行動の一部において支援が必要な患者を選定して実施 ・日勤帯と夜間帯における介助内容の違いを説明 ・病棟の特性に応じた環境調整の理解 ・業務範囲を明確に説明 *研修後も状況に応じて病棟で実施	副看護部長 看護師長 副看護師長等

(NHO福岡病院)

表 5 重症心身障害児（者）病棟 業務区分

	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) 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
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	●	○	×	×	●	○	○	×	●	●	●	×
ストレッチャーマ移動	●	○	×	×	●	○	○	×	●	●	○	×
ストレッチャーマ移送	●	○	○	×	●	●	○	×	●	●	○	×
車いすへの移動	●	○	×	×	●	○	○	×	●	●	○	×
車いす移送	●	○	○	×	●	●	○	×	●	●	●	×
食事介助	●	○	×	×	●	●	○	×	●	●	●	×
シーツ交換	●	○	×	×	●	○	○	×	●	●	○	×
爪切り	●	●	○	×	●	●	○	×	●	●	●	×

国立病院機構 福岡病院 (2006.10.1)

◎：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

※生活支援員 I の単独実施はリスクの低い患児（者）を選出する（各病棟で判断し，明示しておく）。

実施にあたっては，「見学」→「指導を受けながら看護師と共に実施」→「看護師監督のもとで実施」→「療養介助職と共に実施または，単独実施」と段階を踏む。

表6 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)

日用品使用品目・金額一覧実績, 日用品使用品目・金額一覧予定, 請求事務書類一式 (説明書, 請求書, 領収書, 他)

これらの業務の多くは指導室の指導員を中心に、保育士、事務、看護、医師、コメディカルスタッフが分担した。これによる指導員業務内容の変化を表6に示す。

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ものであり煩雑であった。
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想以上に長い時間を要した。
3. 自己負担発生にともなう年金管理の変更作業は、きわ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) の確保に苦勞した。
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まったくなかったが、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前述したが, 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防止のためにも避けては通れない道程であった。また, 今後, 必ず来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ぬのは当然であるが, 将来的にもそれを担保するシステム作りが望まれる。

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以下の入所者はごく少数であり, 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区分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。

項目7の各職種の業務分担は, それぞれが表5に示したように明確化されたことにより, 看護の重心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

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、介護スタッフを多く配置していたので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。この支出増をこれからの3-5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りう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。

今後の方向性

療育介護事業を開始して入所者の自己負担は増え、施設の経営改善はもたらさなかったが、それをはるかに凌駕する格段の療養環境の向上と、将来的な重

症心身障害児(者)医療・介護の機構の整備がもたらされた。

しかしこの法律の対象は入所者だけではないし、筋ジス、重心、神経難病だけでもない。他の身体障害、知的障害、精神障害の在宅、入所を問わず適応される。重心だけとってみても、重心分野の中心的指導者の一人、川崎医療福祉大学の岡田喜篤学長は、平成18年度全国重症心身障害児施設長会議で次のような問題点を指摘している。

問題は、支援法そのものの基本理念と具体的な仕組みに関する懸念である。1. サービスの一元化の具体的姿、妥当性、可能性について。2. 自己選択・自己決定はどうなるか。3. 自立とはどのような状態をさすか。4. 地域生活とは、どのような実態をさすか。5. 真に必要な入所施設の判断は誰がするか。6. 生涯にわたる支援の仕組みとは。7. 障害者ケアマネジメントはどうなるか。8. 重症児(者)に適用される障害程度区分は妥当か。……と。

以上の懸念はわれわれも共有している。しかしながらわれわれの施設は国立病院機構下の施設である。国立病院機構の重要な使命の1つとして、いい古されたことであるが政策医療の遂行がある。本法律のように、障害者の医療・福祉に大きな変革を求めた法律が、その施行過程において生じる多くの問題を着実に誠実に現場が実施することによって、より早く問題点や欠点を感知し修正していく適確なデータを提供すること、それこそが国立病院機構重心施設にとって絶対的な責務であると考えている。