

医療型障害児入所施設の役割と課題について

3 課題分析 と 提言

令和1年9月13日

公益社団法人 日本重症心身障害福祉協会
児玉和夫

短期入所・入院の報酬比較

平成28年4月の診療報酬改定で 短期入所中の人工呼吸器使用等に関わる診療報酬請求が認められたことで状況は大きく変わった

それまでは 請求が認められず、医療機関に入院をした場合に比べ、報酬ははるかに低く、超重症児の短期入所は無視できないレベルの赤字になった

呼吸器使用の超重症児の一人1日の経費は4万3千円以上と見なされていたが、1万円以上の開きがあった。いくつかの自治体では、受け入れ病院にその差額を補填する援助を行っていたが、施設は対象外であった

平成28年の改定でかなり差が縮小したが、依然としていくつかの問題が残っている
そこで今回 改定後の報酬に基づき分析を行った

利用する重症心身障害児の状態・年齢や、利用期間、緊急性などでいくつかのパターンが生じるが、ここでは

1 年齢は3歳以上6歳未満、人工呼吸器を常時使用する超重症児で短期入所の利用期間は14日未満、緊急利用ではない というケースに絞って分析

2 利用機関と方式は

① [小児入院医療管理料4]を算定している病院への入院

管理料4 は小児科医師が3名以上で 10:1看護という普及しやすい基準

② 障害者施設等入院基本料を算定している医療機関で

a. 医療型障害児入所施設ではない 医療機関への入院

※平成28年の改定から、7:1看護基準は取れなくなった

b. 医療型障害児入所施設への入院 7:1看護と10:1看護がある

③ 医療型障害児入所施設への福祉制度の短期入所での入所 7:1と10:1がある

通常短期入所いうとこの方式を指す

各利用方式毎の収入概算

診療報酬は1点=10円 福祉支給費は1単位=10円

超重症児で人工呼吸器使用 3歳以上6歳未満 短期入所期間14日まで で概算した

	小児入院医療管理料				障害者施設等入院基本料			医療型障害児 入所施設での 短期〔入所〕	
	15歳まで				一般病 棟入院	医療型障害児入所施 設への短期〔入院〕			
	1	2	3	4					
看護基準	7:1	7:1	7:1	10:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1
入院料	4584	4076	3670	3060	1329	1588	1329	× 外来再診料で	
福祉支給単位						(入所時は福祉支給909有 期有目的最高1095)		2889	2686
特殊疾患入院 施設管理加算					350				
超重症児加算	6歳未満800 6歳以上400								
特別重度支援加算								388	
乳幼児加算	×				<3y333 3~6y 283				
入院初期加算	×				<14日312				
人工呼吸器	600				5時間超 819				
検査 処置 リハ他	投薬 注射は可 他は×				実績請求			外来扱い	
総計概算	5984 + α	5476 + α	5070 + α	4460 + α	3893 + α	4152 入所5061^ + α	3893 入所時4802^ + α	4096 + α	3893 + α 3

方式毎の収益比較

大前提 人工呼吸器を使用する超重症児にかかる経費は一人1日4万3千円以上とされている。これを下回る場合、持ち出しでのマイナス収支での実施となる6歳未満で人工呼吸器を常時使用する重症心身障害児(超重症児)ケースが短期入所(医療機関入院の場合は入院)したとして

1. 医療型障害児入所施設に福祉制度の短期入所を行なった場合(1単位=1点=10円)
7:1看護の病棟では 総計概算は4096単位～ かなり改善されたがまだマイナス
10:1看護の病棟では 3893単位～改善されたが まだかなり差がある
(平成28年に人工呼吸器等の請求が認められるまでは、1万数千円のマイナスで大幅赤字であった)
2. 医療型障害児入所施設の医療入院ベッドを入院という形で利用する場合
7:1看護の病棟では(福祉制度の)短期入所より点数は上になる 更にリハビリや喀痰吸引、酸素使用などの請求が重なり ほぼ4万3千円に達する見込み
10:1看護の病棟では 総計概算は福祉制度の短期入所と同じだが、やはりリハビリや種々の医療処置点数などで福祉の短期入所を上回る ただしマイナス収支
3. 一般医療機関で障害者施設等入院基本料の病棟を入院として利用する場合
上記の10:1看護の病棟と同じになる 以前の7:1看護は看護師数の配置が7:1でも 医療型障害児入所施設でないと採用できないので 不利となった。
4. 一般医療機関の 小児入院医療管理料の病棟を入院として利用した場合
基準の4(10:1看護で小児科常勤医師が3名以上)であっても 総計概算はプラスとなる
小児病院などでは 最高の基準の1もあり得るが、その場合はかなりのプラスとなる

平成28年度の改定で 医療型障害児入所施設の短期入所で請求が認められた項目

※入院(入所)の場合はすべて認められていた

番号	項目	点数	コメント
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定	30点	日常実施
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	30点	日常実施
G005	中心静脈注射	140点	人数は少ないが必要な人には絶対
G006	埋込型カテーテルによる中心静脈注射	125点	人数は少ないが必要な人には絶対
J026-2	鼻マスク式補助換気法	160点	最近増加
J026-3	体外式陰圧人工呼吸器治療	160点	最近増加
J045	人工呼吸	5時間以上819点	最も重要！！
J060	膀胱洗浄	60点	必要ケースあり
J060-2	後部尿道洗浄	60点	必要ケースあり
J063	留置カテーテル設置	40点	必要ケースあり
J064	導尿	40点	日常実施
J118	介達牽引	35点	
J118-2	矯正固定	35点	
J118-3	変形機会矯正術	35点	
J119	消炎鎮痛等処置	35点	
J119-2	腹部又は胸郭固定帯固定	35点	
J119-3	低出力レーザー照射	35点	
J120	鼻腔栄養	60点	日常実施

まだ認められていない項目

赤字は最も頻繁に行われている項目

J018	喀痰吸引	48点	最も頻回に日常実施
J018-2	内視鏡下気管支分泌物吸引	120点	
J018-3	干渉低周波除去器による喀痰排出	48点	
J023	気管支カテーテル薬液注入法	120点	
J024	酸素吸入	65点	多くの超重症児に不可欠
J025	酸素テント	65点	
J026	間歇的陽圧吸入法	160点	最近使用例が増えている
J026-4	ハイフローセラピー	15歳未満282点	最近普及してきている換気不全治療
J119-4	肛門処置	24点	

平成28年の改定についての厚生労働省の説明では

医療型短期入所サービスにおける重症心身障害児の受け入れを促進するため、入所中の医療処置等について、診療報酬上の取り扱いを明確にした。 ↓

在宅療養指導管理料を算定しているために、入院外等では別途算定することができない以下の医療処置等について、医療型短期入所サービス利用中に算定できることを明確にする・・・とある。

しかし、超重症児者や準超重症児者を受け入れた際に、最も頻回に実施し、不可欠な処置である喀痰吸引や酸素吸入などが抜けていた！！ おそらく点検漏れがあったのであろう。

これらの処置は不可欠なものであり、速やかに請求可能にしていきたい。

その他 リハビリテーションが実施できない！ 他の医療機関で同じリハビリテーション(例:脳血管疾患等リハビリテーション)を実施している場合、短期入所児者に対しての実施ができない(入院は可)。実施しても良いが請求できない。これも短期入所は入院に準ずるものとして認めていただきたい。

喫緊の課題

現在急増している 人工呼吸器を使用しているような超重症児：医療的ケア児の在宅ケアにとって短期入所はなくてはならないものであるが、医療型障害児入所施設だけでは到底受けきることができない。今は市中の医療機関も含め、地域総体で受けていくことが喫緊の課題です。

そのためにここで提起されているような問題の解決に早急に取り組んでいただくことを要望します。

では 短期入所における 医療型障害児入所施設の役割は何か？

- ① 市中あるいは地域にショートステイを受け入れていくような医療機関が乏しい場合は医療型障害児入所施設が中心的に担っていかなければならない。
- ② 他の医療機関での実施がある場合でも、医療型障害児入所施設は地域ネットワーク（連携システム）の中核的な役割を担っていくべきである。
- ③ 何より 医療型障害児入所施設では、単にベッドを提供するだけでなく、療育を含めた受け入れが行われる（行い得る）という点で大きく異なる。第2回報告で短期入所の実際例を紹介しているが、親のレスパイトだけでなく、本人にとってもより快適な生活を提供しよう努めているし、それが本来の短期「入所」であろう。

短期入所の事例の追加

進行性筋ジストロフィー症の男性です。理解力は全く問題ないので、重症心身障害ではありません。筋力はかなり低下していますが、電動車椅子の操作はできます。抱えると体幹も首も力が入らず、車椅子とベッドの間の移乗にはリフトを使います。呼吸の力が弱くなり常時鼻マスクでの呼吸器を使用しています。それでも換気が不十分で、頻回にバギングを行なって換気を補助します。



抱えるのは困難でした

PTと一緒にリフトに載せる工夫をしています ↓



個室を提供 テレビを配置



呼吸器



バギングをしながら入浴
(ミスト浴)

彼にとっては ここでの短期入所は楽しみだそうです

医療型障害児入所施設に入所した場合(療養介護も含め)

福祉のサービス費が支給される

医療型障害児入所施設で一人1日 909単位(重症心身障害児の場合)

療養介護サービス費(Ⅰ) 833単位~943単位(規模によって異なる)

短期入所ではこの支給がない

→短期入所では入所児者への生活支援は期待の中に入らない??

それで良いのだろうか

他方では 入所児者への療育提供が推奨されている

であれば 療育的な支援に関しては 改めてサービス費の提供があるべきではないだろうか

例: 超重症児者への入浴サービス加算

また 一人一人に合わせていくと 個室提供が望ましい例が多い その場合は

例: 個室環境加算 など

短期入所は今では 入所施設と並ぶ重要な障害児者支援であり、入所施設の付随サービスではなく 中心的なサービスであるという認識を持っていただき ここまで提起したような改善を是非とも実施していただきたい

自立と移行について

過去の重症心身障害児施設では、かなり理解度が高いケースや動けるケースも入所しており、その児や者の発達や能力の引き出し、社会性の向上などは施設の大きな役割であった。歩いての園芸活動や外への買い物、中には入所者自治会を持つ施設もあった。施設内にいくつもの活動グループを持つこともできた。

しかし現在の重症心身障害の施設では、そうした活動力がある児や者の入所はほぼなくなり 大島分類の1～4、特に1が中心となってきている。超重症児の割合も高くなってきている。

↓
施設内に多様な活動グループを持つことはできなくなってきている。会話もなく、全介助の人たちの集団となる。

↓
では、少しでも自ら判断し、行動する可能性をもった人たちへの支援はどうしたらよいのだろうか？ その人たちに必要なのは、多様な人たちとの交流であり自らを活かし、参加し、行動する場であるが、それを施設内に求めるのは無理である。

↓
外の世界、他の人たちと交わり、自分の可能性を伸ばしていくには

① グループホーム等を創り そこに移行していく路

実際 療養介護支援を行う施設の中には、自らグループホームを立ち上げ、いままで入所していた人たちを移行させたところもある

(福岡県 久山療育センターなど)

② 医療面・看護面・体力面などで、グループホーム移行などが無理な人の場合は？

→ 本来は 医療型障害児入所施設への入所を続けながら、日中は、少なくとも週に数日は 療養介護ではなく 外の生活介護や作業所に通い、多様な人たちと交わり、豊かな人生を体験させてあげたい。

現在医療型障害児入所施設に入っている重症心身障害児の多くは、このような医療や看護上の問題を抱えており、18歳からの移行に際しても、外に出ることを選択することが困難である。→療養介護支援を選択せざるを得ない。

しかし、療養介護支援では、他の福祉サービスを併用利用することはできない制度である。

→この人たちを一生 療養介護の中に閉じ込めておいて良いのだろうか??!!

またグループホーム移行の可能性を持っていても、一定の社会的トレーニングが必要な人たちも多い。その人たちのトレーニングとして生活介護などの体験を積み重ねる方法は、療養介護支援を受けている限り選択できない。

療養介護支援は障害が重複して非常に重度な人たちで、かつ医療や看護が常時必要な人たちへの支援制度である。その枠の中で最大限多様な支援を心がけているつもりであるが、少しでもその枠に納まらない人がいた場合、その人には積極的に外の世界、外の人たちと交わる機会を提供していくべきではないか。医療面では施設生活(入院生活)で支援し、活動面では外に出してあげたい。



そうした場合、病院において行われるのが療養介護支援である、というだけでなく入院はしていても 条件次第では生活介護なども選択できる柔軟性があってもよいのではないか

18歳になって将来を選択してもらう時に、生涯外の生活への参加ができないような療養介護支援しかない仕組みのなかで選択を迫るのは酷ではないか。一定の自立度を獲得したが、医療上看護上そのまま入所を続けざるを得ず、結局出口がない療養介護の中に入っていき、ということがあってよいのだろうか？！

施設生活が社会に開かれたものであるために、地域に開かれたものであるために制度の柔軟性についての見直しを是非お願いしたい。

施設内環境の見直しを

それでも 多くの重症心身障害者は療養介護支援での生活を送ることになる。その場合でも 一人一人の自分の生活を送れるように、その居住環境はできるだけ、個々人に合わせたものにしてあげたい。できれば8人 10人といった大部屋から4名程度の部屋環境、あるいは個室も含めて対応してあげたい。

生活単位としての小規模化は望ましいと考える。この点では 小児だけでなく療養介護においても 生活単位としての小規模グループ化には一定の加算などを実現してほしい。

ただし、医療と看護の仕組みとしては、どうしても一定以上の規模が必要となるこのバランスについての研究等を進めてほしい。

地域支援機能 福祉型・医療型共通課題

地域に開かれた施設

在宅ケアや地域生活と 施設入所は対立するものであってはならない
地域が活用する施設、地域に活用してもらえる施設 でなければならない
これは福祉型でも医療型でも言えることであろう

在宅や地域生活を送っていても、短期入所や時には本人の休養目的入所
利用、本人の状態改善のための有目的の入所などもあってよい

こうした面では 有期限・有目的入所は 児童対象だけでなく、者について
も考えてほしい。いくつかの施設ではベッドのシェア利用：ローリングベッド
を実践している

入所していても、地域の様々な活動を利用できるようにしてあげたい。先に
記した療養介護でも外の活動を体験し、利用できるようにしてあげたい。

特に者の施設に入所した場合でも最低10年に一度、できれば5年に一度は
その処遇が適切かどうか、他の選択はないかどうかを検討する仕組みがほしい。
家族の意向だけで当事者の処遇を決定するのではなく、あくまで本人に即した
検討が行われるような仕組みであってほしい。(児童相談所や更生相談所
は当然加わるが、それに加えた判断判定機構がほしい。

医療支援について

最近では特に障害者支援の福祉施設において、医療的ケアを必要とする人たちが増えてきている。生活介護の通所でもそうであるが、入所支援を利用する障害者でも 胃ろうの人が増えてきていて問題になってきている。さらに気管切開を必要とする人も福祉系の施設ででてきている。**福祉系と医療系の境がなくなりかけている。**

こうした医療面での支援は 医療機関との連携も含め地域的に解決していくべきことだが、医療型障害児入所施設がその支援ネットワークの中核を担うこともありうる。

例：重症心身障害児者については 大阪市の委託を受けて 大阪発達総合療育センターで開始された「重症心身障がい児者の医療コーディネート事業」などがある

福祉系の施設での看護力の向上は、同時に医療系施設に入ってはいるが本人のためには生活系の活動体験をさせてあげたいケースの受け入れにも結びつく。そうした地域の障害者支援活動の連携、交流、学習の場をつくりだしている地域も増えてきている。(堺市での 堺ミーティングなど)

厚生労働省が行なった 重症心身障害児者の地域生活モデル事業はこうした点で大いに意義があったと思います。医療系 福祉系 をまたがったニーズの調査もできれば行なってほしいと思います。

最後に 障害児者支援の在り方が 変化しつつあることは実感として感じられます 本検討会が稔りあるものになることを望みます。