

重症心身障害病棟の機能別再編成論

大村 清

第63回国立病院総合医学会
(平成21年10月23日 於仙台)

IRYO Vol. 64 No. 12 (772-774) 2010

要旨

現場の病棟担当医にとって、重症心身障害病棟の療養介護型への移行は、とくに期待されたものではなかった。むしろ病院経営の観点からはかなりの困難が予想されるだけであった。現場の医師にとって、療養介護に移行しても現在と大きな変化はなく、日常の不満の解消にはならないと思われた。最も懸念されるのは、療養介護病棟がますます魅力のないものとなり、若い病棟担当医の確保がさらに困難となることである。現場の病棟担当医の不満とは以下のようなものである。病棟運営が昭和42年病棟開設当時と本質的には変わらない入所者中心で、地域の在宅重症児（者）に目が向いていない。病床が常に満床で短期入所、緊急入院、通園事業、ポスト NICU の受け皿といった需要に応じきれない。入所者の中には日常的医療を必要としない人がかなり存在するのに、「見者一貫」の名のもとに入所を継続している。施設入所者だけでなく在宅の重症心身障害児（者）をも対象とした、地域の重症心身障害児（者）医療センター的役割を担いたくても、それができない。重症心身障害病棟を入所中心の「従来型」と、在宅患者にも目を向けた「地域センター型」の二つに機能別再編を行うことにより、これらの問題は解決可能と考えられる。

キーワード 重症心身障害病棟, 再編成

はじめに

独立行政法人国立病院機構（NHO）重症心身障害病棟は児童福祉法に基づくものであった。平成18年に障害者自立支援法が制定され、次に予定される児童福祉法の改正により、重症心身障害病棟は自立支援法下の療養介護型病棟に移行する予定となっていた。しかし、先日の衆議院選挙で政権が変わり、

障害者自立支援法は廃止されることになった。これからどうなるのか、明確な線は示されていない。今こそ、NHOの重症心身障害病棟はどうあるべきかを徹底的に議論するよい機会であろう。重症心身障害病棟が新設された昭和40年代とは福祉についての考え方が大きく変化し、「障害児福祉イコール施設入所」ではなくなっているのに、NHOの重症心身障害病棟はこの変化に対応できずにいる。なぜ、こ

国立病院機構西多賀病院 小児科

(平成22年3月1日受付, 平成22年9月10日受理)

Reorganization of the Facilities for the Severe Motor and Intellectual Disabilities According to Their Roles

Kiyoshi Omura, NHO Nishitaga Hospital

Key Words: facilities for the severe motor and intellectual disabilities, reorganization

うなってしまったのか、今後どうすればよいか、私見を述べる。

現在の NHO 重症心身障害病棟の抱える問題点

現在の NHO 重症心身障害病棟の抱える問題点をあげる。①短期入所、緊急入院、通園事業など在宅重症児（者）に対する取り組みが不十分。②ポスト NICU といった社会的要請に対応できない。③医療を常時必要とするわけではない入所者が多数入所しており、全体の高齢化が進む。④医師の確保が困難。これらの問題は、病棟を自立支援法下の療養介護型に変更したところで何も改善されるとは思えない。むしろ、問題はさらに深刻になりそうである。

在宅医療への取り組み

NHO 重症心身障害病棟は「障害児福祉イコール施設入所」と考えられていた時代につくられた。したがって、在宅重症児のためのベッドや設備を整えるという発想は全くなかった。しかし、ノーマライゼーションが叫ばれるようになった現在においても、NHO 重症心身障害病棟は本格的な在宅医療には取り組めないでいる。在宅のための取り組みを積極的にやろうとすると、「病院の収益につながらない」「やれという NHO 本部からの指示がない」などと反対する人が必ずでてくる。そして、昭和40年代と本質的には変わらない収容施設のままを継続させようとする。彼らは、そのほうが病院の安定した収入が望めると考えるのである。昭和40年代とは違って、これだけ重症児（者）の在宅志向が高まっているのに、なぜ NHO 本部は在宅医療にもっと取り組むようにと明確な指示を発しないのだろうか。重症心身障害病棟は病院の単なる安定した収入源としか位置づけられていないのだろうか。収容だけを目的とした施設は、もはや時代遅れである。

在宅のための取り組みが十分にできないことの最大の原因は、病棟のベッドが数十年にわたる長期入所者に占められており、空きがないことである。医療の進歩により患者さんが延命できるようになり、長期入院患者が増えベッドが回転できなくなっているのである。しかし、病棟にはもはや医療的ケアを常時は必要とはしなくなった患者さんがいる。児童相談所が措置権を行使していた頃、このような「い

わゆる元重症児」の措置変更を見相にお願いしたが、やってはもらえなかった。このような患者さんの重度知的障害施設などへの移動を進めようとしても、他施設との連携がうまくとれないのが現状である。結局、在宅重症児（者）のためのベッドの確保を NHO が各施設へ義務づける方向にもっていく以外、よい方法はないと思われる。

ポスト NICU 問題

次に NICU の受け皿の問題である。最近、産科の救急医療に関連して NICU の受け皿が問題となっているが、これを受け入れるのは重症心身障害施設しかないはずである。しかし NICU の受け皿として機能するためには、空きベッドだけではなく、NICU に準じたスタッフと医療整備が必要となる。それが大変だからと NHO の重症心身障害病棟が受け皿となることを拒否するなら、それは重症心身障害医療をになうという本来の役目を、NHO 自身が放棄したとみなされることになるであろう。

医療ニーズが低い患者と高齢化問題

在宅医療のためのベッドの確保には、医療を常時は必要としない人の施設変更も必要である。将来高齢になって何かあった場合のために入所を続ける「保険的入所」はそのままでのいいのだろうか。また、「児者一貫」という考え方にも、大いに問題があると思われる。重症児（者）は何歳になっても認知症の寝たきり老人とは区別されるべき存在であり、特別なケアが必要だということにはならないと思われる。高齢重症心身障害者医療と老人医療の接点はありえないのだろうか。また逆に、NHO 重症心身障害病棟が療養介護型病床に移行した場合、これまでの重症児（者）という縛りがなくなり、重症心身障害病棟は寝たきり老人に占拠されてしまう事態もあり得るかもしれない。

医師確保の問題

重症心身障害病棟も医師不足となっている。これまで小児神経科の医師が重症心身障害病棟をみるが多かったのは、乳幼児期から障害児とのつき合いがあり、重症心身障害医療がその専門性を生かせる場であったからと思われる。しかし、平均年齢が

40歳をすぎた現在の病棟を、どの診療科が担当すべきかは、議論のあるところである。一方では病棟専任医師不要論も出始めている。どうせ専任の医師確保は困難なのだから、病院の各診療科の医師が協同でみていけばよいというのである。それはそれなりに従来型の入所施設としての対応はできるかもしれない。しかし在宅重症児(者)の医療やポストNICUの医療などは決してできないと考えられる。

ま と め

以上述べてきた問題を解決するには、NHO重症心身障害病棟を機能別に再編成するしかないと思われる。「従来型」と「地域センター型」の2つに分け、各病院はそれぞれの事情により、どちらかを選択するのである。「従来型」はこれまで同様の入所者中心のものであり、病院の安定した収入を支えることに貢献することになるとと思われる。専任医師が確保できなければ各診療科の医師が協同で診療にあ

たることになる。入所者は狭義の重症心身障害児(者)にとらわれず、寝たきりの障害児(者)を幅広く診療することになり、いっそうの高齢化が予想される。もうひとつは「地域センター型」であり、在宅患者用のベッドの確保が義務づけられており、在宅医療にも積極的に取り組むことができ、ポストNICUの機能を果たすことも可能となる。入所は真に医療を必要とする人に限定されることになる。このような重症心身障害病棟であれば、重症心身障害児(者)の医療を志す若い医師の確保も必ずできるはずである。

以上の提案は非現実的といわれるかもしれない。しかし、開設当初と本質的には変わらない形態の病棟が40年も続いていることこそ、現実ばなれした話である。障害者自立支援法は廃止ということになり、今後どうなるのかわからないのが現状である。今後のNHO重症心身障害病棟のあり方の決定には、私のような現場医師の意見も、少しは反映できるようにしていただきたいと思っている。