

支援費制度から障害者自立支援法へ

樋口正昇

IRYO Vol. 61 No. 3 (162-165) 2007

要 旨

平成18年10月1日から、障害者自立支援法が本格的にスタートした。障害者の自立を目指して、国立病院機構に対しては、重症心身障害（重心）や進行性筋萎縮症（筋ジス）患者等への療養・介護、生活の質の向上に向けた一層の取り組みが求められている。

措置から契約へ、患者ごとの個別支援計画の策定と実施、サービスの利用に応じた負担の徴収、障害程度や配置人員に応じた療養介護の報酬制度への移行など大きな変革をともなう改革であり、利用者はじめ関係者との密接な協議・連携の下に、綿密な検討・準備と迅速かつ計画的な対応を図っていく必要がある。

キーワード 障害者自立支援法

はじめに

障害者一人一人のそれぞれの自立を目指して、平成18年10月から療養介護事業がスタートし、障害者自立支援法がいよいよ本格実施を迎えた。

今回の改革は、障害を持った人がその障害の程度に応じて等しくその人に応じたサービスを受けることにより、地域社会の中でその人なりの自立した生活を営めるようにすることを目指したものである。そのため、サービスの質の向上のための個別支援計画の策定・実施や措置から契約への移行などが盛り込まれている。一方で持続可能な制度とすること、公平な制度とすること等の観点から、サービスの利用に応じた費用負担への転換等、利用者にとって痛みをともなう改正も盛り込まれている。

国立病院機構病院には、全国26の病院に筋ジストロフィーの患者が、また73の病院に重症心身障害の患者が合わせて1万人以上入院されており、さらに

2,000人以上の神経難病の患者が入院されている。国立病院機構に対しては、これらの患者の方々の療養・介護、生活の質の向上に向けた一層の取り組みが求められている。

同時に、サービスを提供する側にとっては療養介護の報酬が障害の程度や配置人員の多寡に応じたものへ変わるなど大きな変革をともなうものとなっており、各病院の対応如何では、病院運営の将来をも左右するきわめて大きな改革となっている。

したがって、今回の改革の趣旨を理解した上で、利用者はじめ関係各方面との丁寧な協議を図りつつ綿密な検討準備と迅速かつ的確な対応を図る必要がある。

本稿では、支援費から障害者自立支援法へ移行した趣旨・内容を踏まえた上で、国立病院機構としてのこれまでの対応と、今後の課題、採るべき対応の方向について考察する。

国立病院機構理事（管理担当）

別刷請求先：樋口正昇 国立病院機構理事 〒152-8621 東京都目黒区東が丘2-5-21

（平成18年12月20日受付，平成19年2月16日受理）

From Assistance Benefit Supply System to the Services and Supports for Persons with Disabilities Act Seisho Higuchi

Key Words: Services and Supports for Persons with Disabilities Act

支援費制度から障害者自立支援法へ

(1) 支援費制度による自己決定とサービス利用者拡大

平成15年4月からスタートした支援費制度の創設は、措置から契約制度への移行による障害者自身の自己決定への転換、ホームヘルプサービスなどのサービス利用者の大幅な拡大という意味で障害者の地域生活への移行へ大きな前進をもたらした。

(2) 支援費制度の課題

しかし、その一方で、制度はいくつかの課題を内包していた。その第一は、支援費は国の義務的補助金として位置づけられていなかったことである。そのため、利用者の急増にともないサービス費用が急増することとなったが、国は、基本的に当初予算の範囲内でしか地方自治体への補助金を支出できず、毎年末には他の予算の流用や補正予算の編成といった必死の努力が行われたものの全額を手当てすることができず、現状のままでは制度の維持自体が困難となっていたことである。第二には、精神障害者が支援費制度の対象になっていないなど、身体障害、知的障害、精神障害の障害種別で給付水準や利用料などに大きな格差や不整合があったことがあげられる。第三には、全国共通の障害程度区分や給付水準等の利用ルールが確立されておらず、しかも、サービス量に大きな地域格差があったことである。

障害者自立支援法の基本的考え方

そこで、以上の課題を解決すべく障害者自立支援法が制定され、①障害者施策の三障害一元化、②利用者本位のサービス体系への再編、③就労支援の抜本的強化、④支給決定の明確化・透明化、⑤安定的な財源の強化の5つを柱とする改革が実行されることとなった。第一の柱は、障害者施策の三障害一元化である。精神障害者も制度給付の対象として三障害の制度間格差を解消するとともに、市町村に実施主体を一元化して都道府県はこれをバックアップすることとなった。

第二の柱は、利用者本位のサービス体系への再編である。障害者種別ごとに複雑で、かつ入所期間の長期化などにより、本来の施設目的と利用者の実態とも乖離していた事業を再編し、あわせて、「地域生活支援」「就労支援」のための事業や重度の障害者を対象としたサービスが創設された。

第三の柱は、就労支援の抜本的強化である。養護学校卒業者の55%が福祉施設に入所している一方で、就労を理由とする施設退所はわずか1%という実態の中で、新たな就労支援事業を創設するとともに、雇用施策との連携が強化されることとなった。

第四の柱は、支給決定の明確化、透明化である。支援の必要性を図る客観的な基準として障害程度区分が導入され、あわせて市町村の審査会の意見聴取など支給決定プロセスの透明化が図られることとなった。そのことにより、障害の程度という全国統一の基準により住んでいる地域にかかわらず公平にサービスを受給できることとなった。

第五は、安定的な財源の確保である。従来法律上の義務的経費となっていなかった支援費に対する国の負担が、今回の改革で、国の法律上の義務的経費と明確に位置づけられた。筋ジス患者に対する従来の進行性筋萎縮症療養等給付事業も補助事業であったが、平成18年4月から法律補助事業となり、10月から法律補助の療養介護および療養介護医療へ移行した。同時に、今後拡大していくサービス費用を、障害のある人も含め皆で支え合うとの考え方から、サービス費と所得の両方に配慮した利用者負担の仕組みへと見直された。

障害者自立支援法への対応

以上を踏まえ、国立病院機構では、ほぼ1年前から、次のような基本事項を中心に、本部において契約のモデル約款等を提示しつつ、各々の病院において精力的にその準備が進められ、平成18年10月（筋ジス患者の一部負担の変更等一部については平成18年4月1日から）からの実施に対応した。

（療養介護・障害児施設給付共通事項）

- ①契約制度への移行
- ②成年後見制度の活用
- ③苦情解決制度の整備
- ④サービス管理責任者の配置と個別支援計画の策定
- ⑤日用品費の決定と一部負担の徴収方法の決定
- ⑥法人等減免への対応

（療養介護へ移行した病院）

- ⑦療養介護の支給区分の決定と職員配置の見直し（職種、常勤・非常勤）および配置
- 改革の範囲がきわめて膨大なことから厚生労働省

での細部にわたる制度設計が遅れ、その影響で多くの都道府県や市町村の対応がさらに11月以降にずれこんだ。そういう状況にもかかわらず、国立病院機構の各病院では、早くから利用者等や各自治体、家庭裁判所等との協議・連携を含め、精力的に準備が進められた。その努力の結果、大変困難かつ膨大な作業をともなったにもかかわらず、想定したほど大きな混乱を招くことなく、総体としては円滑に移行できたのではないかと思う。関係者の方々のご尽力に心から感謝する次第である。

今後の予定済みの変革

とりあえず、平成18年10月からの契約制度への移行や筋ジス病棟を中心とした療養介護への施行については軟着陸した。しかしながら、今後診療報酬制度の改定や重心への療養介護の全面適用等、次のような変革が既定路線となっており、より一層の計画的な検討準備が焦眉の急となっていることをしっかりと認識しておく必要がある。

- (1) 特殊疾患療養病棟入院料の廃止（平成20年3月31日）
- (2) 療養介護の経過措置の廃止
 - ①看護師1.5換算（平成21年10月）
 - ②障害程度区分5未満の患者への給付（平成24年3月）
- (3) 重心施設の療養介護への全面移行
概ね3年の検討の上、5年後メドに移行

今後の課題と採るべき対応の方向

(1) サービスの質の向上（介護やリハビリ等）

国立病院機構病院では、重症心身障害や筋ジストロフィー患者に対し、公法人立の病院（重心施設）に比較して、基本的に医師や看護師の配置は厚く、治療や看護、治療法の研究の分野でさまざまな取り組みが実施され、大きな成果を挙げている。一方で、介護やリハビリといった分野では、平成16年度の人事院総裁賞を受賞した千葉東病院の重症心身障害児（者）の摂食機能向上の取り組みに象徴されるように、個々の病院ではさまざまな意欲的な取り組みが実施されているものの、総体としては、より手厚い人員配置を行っている公法人立の重心施設と比較すれば手薄いのは否めない。この背景には、国時代の総定員法で、定員が厳しく管理され、増員は医師や

看護師等に限定されていたことが挙げられる。今後も依然として人件費比率の抑制の縛りは厳しい。しかしながら、幸いにして、独立行政法人化後の平成17年度から、介護を主たる業務とし夜勤も行う療養介護職が新たに導入された。また、平成18年度の診療報酬改定で障害者リハビリテーション料が算定されることとなった。今後は、人工呼吸器装着の患者のように医療的管理をより必要とする患者に対しては、従来と同様に看護師を重点的に配置する一方で、より介護を必要とする患者に対しては、看護師と療養介護職等をバランスよく配置していくなど、患者のニーズに応じたサービス提供体制を構築していく必要がある。

(2) 病棟や職員の構成・配置の見直し等

国立病院機構の重心や筋ジス病院では、1病棟40床、看護師による夜勤体制は重心が2・2夜勤、筋ジスは3・3夜勤というのが一般的である。また、入院基本料は、重心が障害者施設等入院基本料1を筋ジスでは特殊疾患療養病棟入院料1または障害者施設等入院基本1を算定する病院が大勢を占めている。しかし、今後は、それぞれの病院における患者の医療・看護・介護の必要度や一般病棟も含む職員配置の状況を十分踏まえつつ、①病棟を40床から50～60床へ、②看護師のみによる夜勤体制から療養介護職も加えた夜勤体制へ、③生活支援員に相当する職員については、たとえば4対1については常勤職員（指導員や療養介護職等）で4対1については非常勤職員（療養介護職等）での対応、④診療報酬算定上求められている以上の看護師については一般病棟への配置転換による活用、⑤入院基本料の再検討、⑥委託業務の見直し（生活支援員（非常勤）による対応）などについて、綿密に検討し、計画的な対応を図っていくことが必要である。

(3) 職員の確保と研修

よりよいサービスを提供するためには、職員の確保と研修による質の向上は不可欠である。常勤職員はもとより、療養介護職等の非常勤職員等を含めて良質な職員を確保できるかが運命を握るといっても過言ではない。

あわせて確保できた職員については、サービスの質の向上のため、適切なプログラムに基づく定期的な研修が行われなければならない。

(4) 障害程度5未満の患者への対応（生活介護施設等への移行等）

障害程度区分の導入により、療養介護は基本的に障害程度区分5以上の者が対象とされ、障害程度4の者は生活介護の対象と区分されることとなった。両サービスの差は、障害福祉サービス給付の内容に差があるというだけでなく、療養介護医療を受けられるかどうかにもかかわってくる。あまりにも影響が大きいため、すでに入院している重心および筋ジスの患者で障害程度区分5未満の患者については、経過措置として一定期間療養介護および療養介護医療費が引き続き支給されることとなった。しかし、療養介護給付費は、これまでの措置費の額から約3割に縮小（ただし、生活支援員の配置は6対1配置で可）され、サービスを提供する病院側はそれでも大きな影響を受けることとなる。

障害程度基準の適正化の問題と市町村での障害程度判定の適正化の問題は別途検討すべき重要な問題である。いずれにしろ、経過措置期間後を見越して障害程度区分5未満への患者について、利用者の意思を尊重し、患者家族や関係機関と協議連携しつつ、利用者にふさわしいサービスが受けられるようにしてあげることを考えていかなければならない。その中で最も受け皿と想定されるのは生活介護である。機構病院自体が提供主体となることは、医療を行うという国立病院機構法の設立趣旨から一定の限界があることや人件費比率抑制という縛りから難しい。そのため、生活介護を運営する社会福祉法人等との連携を図っていく必要があり、必要に応じて病院の敷地や病棟を貸与する等の利便を図ることも検討する必要がある。

(5) 強度行動障害患者に対する障害程度基準の見直し

障害程度基準は基本的に介護保険の要介護度をベースとしている。一般的な重症心身障害児（者）や筋ジス患者の障害程度区分の判定についてはある程度その適用が応用できるとしても、精神科系統の病院に入院している強度行動障害の患者の判定基準としては、必ずしも適当ではない。自傷他害の恐れに代表されるように、まったく別の意味で要介護度がきわめて高い。その意味でこのような強度行動障害の患者の障害程度基準を別途設けて給付の対象とし

ないとこれらの患者が適切な処遇を受けられなくなる。精神科系の病院を中心に適切な判定基準を作成し、厚生労働省にその採用を働きかけていく必要がある。

(6) 親権者等が不明な者への対応（第三者後見人等の選任の働きかけ等）

判断能力に欠けている患者であって、親等が行方不明な者や、契約等に応じないあるいは利用者の年金を受領していながら利用料を長期にわたって滞納している場合には、地方自治体や家庭裁判所等に対し、早期に第三者後見人を選任するよう積極的に働きかけていく必要がある。また、親権者が契約に応じていても、必要があるにもかかわらず成年後見人を選任していない場合についても、身元引受人のままでは有効ではない旨を説明し、成年後見人を選任するよう（親等が選任される場合が多い）併せて働きかけていく必要がある。

おわりに

障害者自立支援法はスタートした。準備期間は短く、制度設計の不備もあろう。地方自治体等の動きも鈍いところが多い。理解を得られない利用者や家族も少なくない。病院経営に与える影響もとてつもなく大きい。課題は山積みだ。

しかし、障害者一人ひとりが病院を含めた地域の中での自立や日々の生活の向上を何よりも望んでいる。この期待に応えなければならない。国立病院機構職員一丸となって、一つひとつの課題をぜひ乗り越えて行きたいものである。その向こうに患者の明るい笑顔と職員の充実感があることを信じてやまない。

関連資料

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：障害者自立支援法による改革～地域で暮らすを当たり前に～（資料詳細版）（平成17年12月）
- 2) 藤木則夫：障害者自立支援法と障がいのある人々の福祉の展望 全国重症心身障害児（者）を守る会「両親の集い」597号，p.4-13，2006