

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する
施設サービスの効果的な在り方に関する研究
(H 18 - 障害 - 一般 - 005)

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者 澤野 邦彦

平成 19 (2007) 年 3 月

障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する
施設サービスの効果的な在り方に関する研究
(H18-障害-一般-005)

目 次

1. 障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する施設サービスの 効果的な在り方に関する研究	澤野 邦彦 …………… 3
2.	
(1) 公法人立重症心身障害児施設での療養介護・生活介護に関する 実態調査	木実谷 哲史 ……………11
(2) 国立病院機構重心病棟におけるサービス提供について	宮野前 健 ……………31
(3) 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	小田 滋 ……………39
(4) NICUに長期入院中の(準)超重症児の実態調査と分析：第1報	梶原 真人 ……………45
(5) 欧米での「重症心身障害児・者」の定義と評価	末光 茂 ……………55
(6) オランダの特別医療保険制度(AWBZ)と重症心身障害児・者	末光 茂 ……………73

障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する施設サービスの効果的な在り方に関する研究

（H18－障害－一般－005）

主任研究者 日本重症児福祉協会理事：澤野 邦彦

【研究要旨】

障害児・者の療育や支援において極めて大きな役割を果たしてきた、貴重な社会資源である重症心身障害児（以下、重症児）施設や肢体不自由児施設等を、障害者自立支援法（以下、支援法）の下でも有効活用し、効率的な運用を図っていくための方策立案に利用しうる客観的な資料を得るため、本研究を企画した。

初年度は、（１）国立病院機構を含めた重症児施設における、支援法に基づく新体系への移行状況、（２）肢体不自由児施設における重症児の実態、（３）新生児集中治療室（以下、NICU）における長期入院の実態を、それぞれ調査した。

（１）全国188ヵ所の重症児施設のうち新体系へ移行したのは、公法人立施設および国立病院機構で各1施設のみで、病棟の規模や入所者の状況等の好条件が揃った、例外的な先駆的モデルと考えられた。ほぼすべての施設では、「経過措置」を選択し、「重症児施設」として運営を続けていた。移行を考えなかった理由は、「他施設や都道府県の動向をみて」、「法自体や市町村の対応が不明確」が多く、「人員配置」、「財政面」、「障害程度の認定」、「生活介護該当者や動く重症児の対応」等の問題が挙げられていた。現時点では法（制度）自体が未成熟で実績に乏しく現体制との乖離が大きく、自治体の動向や対応にも不明確な部分が多く、特に財政的不安は相当に大きく、施設運営の基盤そのものを揺るがしかねないとの危機感が強かった。

（２）全国63の肢体不自由児施設では、入所児の36%が重症児であった。一方で虐待待児等社会的入所児も約20%みられることから、入所判定に当たっては、介護度のみで偏ることなく、入所実態を的確に反映した尺度の設定が必要と考えられた。

（３）全国188施設のNICUにおいては、新生児期より引き続き1年以上の長期入院児は病床数の約5%を占めており、全国で300～350人と推計された。長期入院児の存在が70%の施設で新規入院の妨げとなっており、重症児施設等、地域の療育センターへの受け入れが望まれていた。新生児医療機関での病床不足は、産科救急にも影響を及ぼし、周産期医療体制において極めて重要かつ早急に対策を講じるべき課題であると再認識され、長期入院児の受け入れ側の重症児施設に対する条件整備が強く望まれる。

なお、「支援法」に関し、「介護保険」との連携も議論されている。その中で、我が国の介護保険制度のモデルとされるドイツより約30年早くこの方面の制度をスタートさせた、オランダの「特別医療保険制度（AWBZ）」の動向と、その制度下での重症児・者への支援の実態は、障害者の支援における介護保険の役割を考える上で参考になると思われ、文献ならびに現地調査を行った。また、欧米での「重症児・者」の定義と評価についても触れた。

分担研究者

木実谷哲史 島田療育センター院長
吉野 邦夫 西多摩療育支援センター施設長
宮野前 健 国立病院機構南京都病院副院長
小田 滋 旭川荘療育センター療育園院長
梶原 真人 愛媛県立中央病院総合周産期
母子医療センターセンター長

A. 研究目的

障害者自立支援法（以下、支援法）の下、施設・事業体系の再編により、重症心身障害児（以下、重症児）施設や肢体不自由児施設等は新体制への移行が課せられることになった。従来、これら施設が障害児・者の療育や支援において果たしてきた役割は、医療的にも福祉的にも極めて大きく、「世界に冠たる」とも評される重症児施設の療育体系は、わが国が世界に誇るべきものであり貴重な社会資源である。支援法下においても、これら施設を有効活用し、時代のニーズに即した効率的な運用を図っていくことは、わが国の医療福祉施策上も医療経済的観点からも、極めて重要なことと考える。

しかしながら、これらの立案に際し利用し得る客観的な資料は、不十分な現状である。本研究では、国立病院機構を含めた重症児施

設、肢体不自由児施設、知的障害関係施設における、療養介護ならびに生活介護ニーズの実態調査を行うとともに、全国主要病院の新生児集中治療室（以下、NICU）に長期滞留・入院中の超および準超重症児や、在宅の超および準超重症児・者の実態調査を行うことにより、それらの児・者の施設利用ニーズを把握し、上記目的の遂行に必要な資料を得ようとするものである。

B. 研究方法

各分担研究者によりそれぞれ分担して各施設および在宅者の実態調査を行う。

実態調査は、

- 1) 現在の各施設における療養介護・生活介護ニーズ（医療度・介護度）の実態
- 2) NICUに長期滞留・入院中の超および準超重症児の待機の実態と今後の移動先に関する意向
- 3) 在宅重症児のうち超および準超重症児・者を中心に、医療度ならびに介護度の高い重症児・者での施設利用（通所・短期入所等）のニーズの実態を調査する。

続いて、実態調査で得られた資料を解析し、新制度下での「療養介護施設」と「生活介護

施設」の具備すべき条件、対象者の選定基準、望ましい手続き等に関する提言をまとめる。

研究の初年度である今年度は、まず、

(1) 国立病院機構を含めた重症児施設を対象に、本年度より実施された支援法に基づく新体系への移行状況につき調査を行った。

公法人立施設では、日本重症児福祉協会加入の115施設に、以下のアンケート調査を実施した。

1) 支援法の施行に伴い、療養介護・生活介護の新体系に移行したか否か。2) 移行しなかった施設では、一度移行を考えたが諸事情により断念したか、全く移行を考えなかったか。また、それぞれの理由。3) 移行した施設では、移行できた理由と改定を望む点。4) 5年後の移行を視野に入れた場合、現在のルールで不都合な点、また、どのように改定されれば好ましいと考えるか。

なお、今回移行した施設（公法人立、国立病院機構各1施設）については、移行に至った経緯や移行後の収支状況や問題点を詳細に追加調査した。

(2) 肢体不自由児施設に関しては、未だ示されていない児童の障害程度区分判定が適切に行われるよう、現時点での肢体不自由児施設利用重症児の実態を明らかにするため、全国肢体不自由児施設運営協議会加盟の63施設の利用児像を、平成18年度版全国肢体不自由児施設実態報告書により調査した。

調査項目は、1) 利用児数、2) 大島分類ならびに重症度。また、4施設では利用児の障害程度の実態を、「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1

～3による、5領域10項目（平成18年3月）」を用い調査した。

(3) 全国主要病院のNICUにおける長期入院の実態調査は、新生児医療連絡会に登録しているNICUを有する296施設にアンケートを送付、以下の項目の調査を行った。

1) 施設名、2) 新生児病床数（NICU及び新生児医療施設病床数）、3) 呼吸管理可能病床数、4) 新生児病床への入院から引き続き1年以上の、新生児病床への長期入院症例数、5) 新生児病床への入院から引き続き1年以上の、病院施設内長期入院症例数、6) 長期入院児の存在による、新生児病床の新規入院受け入れへの影響、7) 長期入院児に関する、新生児医療施設側の今後の意向、8) 重症心身障害児施設などとの連携に関して困っていること、9) 長期入院児に関する詳細調査。

(4) オランダにおける「特別医療保険制度（AWBZ）」と重症児・者への支援の実態につき、文献ならびに現地調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、個人を対象としたものではなく、調査対象施設の回答も、各施設が任意に行うものである。調査結果は本研究以外に使用しないこととし、調査終了後は主任研究者と分担研究者の責任において、速やかに資料をシュレッダー処理（あるいは磁気資料は消去）することとしている。

C. 研究結果

(1) 公法人立重症児施設における移行状

況の調査（115施設中114施設から回答、回答率99%）では、新体系に移行した施設は1施設に留まり、その他はすべて未移行であった。そのうち一度は移行を考えたが断念した施設は11施設で、その理由として、人的確保や財政面の問題、新制度の全体像・行政側の対応・法自体の先行きが不明確、等が挙げられ、結果として全体の成り行きを見守るという結論になっていた。一方、移行について全く考えなかった施設（102施設）での理由（施設の重複あり）は、「他施設や都道府県の動向を見て」と「法自体や市町村の対応が不明確」がそれぞれ30%と多数を占め、「人員配置の問題」、「財政面の問題」それぞれ17%と続き、その他「障害程度の認定」、「生活介護型の受け入れ方法や動く重症児の処遇のしかたが不明確」等が挙げられていた。「重症児施設は支援法では対応できない」とした施設もあった。

改定して欲しいこととしては、全体を通して多いのは「施設の特性を踏まえての障害程度区分の判定基準の見直し」で、他に「施設基準の見直し」、「財政面の整備」、「人員配置」、「利用者負担の見直し」、「市区町村での格差」、「対応の見直し」、「動く重症児の医療面でのケア」、「他施設の受け入れ準備」、「年齢超過児の是正」となっており、「従来の措置制度に戻し、利用者負担のあり方ももとのままの制度にすべき」との意見もあった。

移行した1施設（三重県済生会明和病院・なでしこ）の状況は、従来の重症児施設50床を療養介護事業所40床と重症児施設10床に転換。療養介護非該当者はあらかじめ身体障害者療護施設や肢体不自由児施設へ積極的に紹介し退所。移行前後での収支状況の比較では、

福祉サービス費・医療費・日用品費で年間約1,000万円の増収が見込まれたが、移行への準備と手続きに非常に時間と労力がかかり、新制度では「サービス管理責任者」の役割が重要であった。

国立病院機構においても、全国73カ所の重症児病棟のうち、今年度から療養介護施設に移行したのは福岡病院1カ所のみであった。福岡病院における移行における問題点として、認定調査結果の自治体によるばらつき、施設スタッフによる判定での客観性の問題、児童相談所が入所に関与しなくなり独自の対応が必要になった、個人負担増のため入所を希望しない親が出てきた、児童に関しての介護度判定基準がなく適切な病棟配置が困難、成人例が入所し小児科医のみでの対応の問題、生活支援員への専門的な指導等が挙げられた。

（2）肢体不自由児施設では、全国の全施設の入所児2,507名中890名（35.5%）が、大島分類1～4に該当する重症児であった。また、超重症児は34名（1.4%）、準超重症児は100名（4.0%）で、合わせて5.4%であった。

児童の障害程度区分は未だ示されていないため、「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（平成18年3月）」を用い、4施設（入所児数119名）をモデルに判定を行った。区分3が73名（61%）、区分2が34名（29%）、区分1が7名（6%）、非該当が5名（4%）であった。

（3）全国主要病院のNICUにおける長期入院の実態調査では、回答はアンケート送付296施設中188施設からあり、回収率は63.5%

であった。新生児病床数は4,333床、うち呼吸管理可能病床数は1,636床であった。新生児病棟内長期入院児は163名、施設内長期入院児は216名であり、それぞれ、新生児病床数100床あたり3.76人、4.98人であった。回答施設の54%に長期入院児が認められた。呼吸管理を要している長期入院児は108人で、呼吸管理可能病床数の6.6%に相当した。新生児病棟内長期入院児比率は最大の関東で4.47、最小の四国で0.75と、地域間で差を認めた。施設内長期入院児比率は6.26（関東）から3.19（東海）の範囲であった。

長期入院児の存在による新生児医療病棟の新規入院受け入れへの影響は、「非常に影響がある」施設が20%で、「時々影響」の50%を含め70%の施設で影響がみられた。施設規模別にみると、病床数の多い施設ほど「非常に影響を受ける」という回答が多かった。

長期入院児に対する新生児医療施設側の、今後の対応についての意向では、「地域の療育センターへの入所」が58%と最も多く、次いで「在宅医療」の28%であった。「在宅医療」を選択した施設には地域差を認め、北海道と四国では50%以上の施設が選択、東海、関西が30～50%と次いでいた。これら地域では受け入れる地域の療育センターや重症児施設がないためやむを得ず在宅医療を進めている施設も多かった。

重症児施設などとの連携に関して困っていることでは、「常に満床で入所までの時間がかかる」、「呼吸管理が必要な例は特に入所が困難」という意見が多かった。その他、ショートステイ、レスパイトの充実等在宅支援の希望、スタッフの交流等施設間の連携強化の必要性の指摘があった。

（４）オランダの医療保険には、治療、療養面で比較的長期間を必要とする疾患や障害を主としてカバーする保険と、短期の医療費をカバーする保険の２種類があり、前者が「特別医療保険」（AWBZ、1968年施行）である。カバーされるサービスは、病院での365日を越えた診療・入院、ナーシングホーム、精神障害者ホームでの診療、ホームナーシング組織による在宅サービス等である。保険者は政府であるが、疾病保険会社等が政府を代行して事務を担っている。

知的障害者へのサービス提供の骨格は、一般的には「隔離から統合と包括へ」と進んできたが、最重度の人々は、高いサポートの必要性の故に、その地域生活を支えるサービス設立は、技術的にも経済的にもまだ非常に困難な状況におかれてきた。そこでの障害の認定とサービス提供の流れ、さらに処遇困難例への組織的対応の実際を紹介した。また、国際知的障害研究協会（IASSID）のPMD特別研究グループの定義と学際的評価の意義およびその内容を紹介した。

D. 考察

今回調査した国立病院機構を含めた全国の重症児施設188ヵ所のうち、今年度新体制に移行したのは公法人立施設、国立病院機構それぞれ各1ヵ所のみ（三重県済生会明和病院・なでしこおよび福岡病院）であった。公法人立施設における調査では、ほぼすべての施設において、先行き不透明な状況下での移行は避け、とりあえず経過措置で重症児施設として続けておき、今後の成り行きを見守ろうという姿勢がみられた。

なでしこの例では、病棟の規模と入所者の状況が今回の制度移行にあたって収入的にプラスの最大効果が生み出される条件に合致していた。

国立病院機構においては、その運営方針が機構本部の決定に左右され、施設長の個別の判断では決定困難との特殊性があり、ほとんどの病院で財政的な困難さを抱えており、現在は経過措置の利用を前提に運営が行われていた。唯一移行した福岡病院の例は、現時点では例外的な先駆的モデルと考えられる。

現時点では法（制度）自体が未成熟で実績に乏しく、現体制との乖離が大きく、自治体の動向や対応にも不明確な部分がまだ多く、特に財政的不安は相当に大きく、施設運営の基盤そのものを揺るがしかねないとの危機感が強かった。法成立時の附帯決議で「現在の処遇の水準を落とさない」とされているにもかかわらず、処遇低下を来す恐れも出てくる可能性も否定できない。「生活介護」と判定される人や「動く重症児」への対応も課題が多い。他種施設に移るとしても、長年「医療」可能の施設で管理を受け生活してきた人が、その後適切な処遇を受け続けられるのか不安も大きい。

重症児施設は設立基盤や施設規模、入所者像など多くの点で多様であり、今回の制度改革に対する思いは様々である。また、これまで児・者一貫の施設・制度であったが、児童部門関係の将来像が何ら明らかにされていない段階で、新体制の選択を考慮することにも無理があるのではないか。それらのことから現在は「時期尚早」として、現時点での性急な移行は組織としてのリスクが大きいと考えた施設が多かったものと考えられる。

肢体不自由児関係では、全国の施設の入所児のうち、大島分類1～4に該当する重症児は35.5%（超重症児1.4%、準超重症児4.0%）存在していた。一方で被虐待児など社会的入所児も約20%含まれていることから、入所判定に当たっては介護度のみには偏ることなく、肢体不自由児の入所実態を的確に反映した尺度を設定し、新体系移行後も肢体不自由児に対する福祉の後退が起らないよう対応が期待されていると考える。

NICUにおける今回の実態調査では、全国188施設において新生児期より引き続き1年以上の長期入院児は、新生児病棟内に病床数の3.76%、病院施設内に4.98%認められ、全国で300～350人と推計された。その長期入院児の存在が、70%もの施設で新規入院受け入れに影響していた。そして、新生児医療機関では重症児施設等、地域の療育センターに対し、それらの長期入院児の受け入れを希望していた。

新生児医療機関で病床不足のために、本来の入院対象である危急新生児の受け入れに支障があるということは、すなわち昨今社会問題化している産科救急にも影響を及ぼしているのであり、周産期医療体制において極めて重要かつ早急に対策を講じるべき課題であることが再認識された。重症児施設の役割の一つとして、それらNICU長期入院児の受け入れが非常に大きく期待されていると言えよう。しかし、それら長期入院児には呼吸管理を要する超重症児が多く、受け入れ側の重症児施設に対する条件整備（人的また財政的さらには制度的にも）を早急に十分な形で実現しなければ、受け入れは進まない。今後の重要施策の一つとなると考えられる。

介護保険先進国であるオランダにおける重症児・者への支援の実態についての調査でも、最重度知的障害者（あるいは重度重複障害児・者）は、その高いサポートの必要性の故に居住施設からは離れられない状況であり、その支援に関しては「統合・包括」の方向性のみでは対応困難を来しているといえよう。

今後の対策を考える上で、在宅重症児・者およびその家族の動向は極めて重要な要素であり、次年度以降重点的に取り組む予定である。また、今年度調査を行った部分に関しては、問題点を整理しさらに具体的に掘り下げるとともに、知的障害関係施設の調査も行う予定である。

E. 結論

今年度新体系に移行した施設は、公法人立重症児施設および国立病院機構で各1施設のみであった。ほぼすべての施設では「経過措置」を選択し、「重症児施設」として運営を続けていた。肢体不自由児施設では、入所児の36%が重症児であった。NICUでの長期入院児は病床数の約5%を占め、70%の施設で新規入院の受け入れの妨げとなっており、重症児施設等、地域の療育センターへの受け入れが望まれていた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

未発表。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

公法人立重症心身障害児施設での療養介護・生活介護に関する 実態調査

島田療育センター院長：木実谷 哲史
研究協力者 島田療育センター副院長：有本 潔
島田療育センター副院長：岩田 清二
島田療育センター医務部長：石塚 丈広
島田療育センター支援部長：小沢 浩
島田療育センター診療科長：上石 晶子
三重県済生会明和病院・なでしこ施設長：樋口 和郎
三重県済生会明和病院・なでしこ事務長：大友 正明
三重県済生会明和病院・なでしこ児童指導員：長坂 有花

【研究要旨】

平成18年10月から施行された「障害者自立支援法」により、重症心身障害児施設のあり方が大きく変わることになった。従来の措置制度から契約制度への移行である。新法によると、従来の重症心身障害児施設は、医療重視の「療養介護型」か生活重視の「生活介護型」に分けて、どちらの型で行くのかを決めなくてはならない。ただし今後5年間は従来の重症心身障害児施設の制度も残し、移行への猶予期間とする道も残された。そこで日本重症児福祉協会に属する全国の公法人立の重症心身障害児施設115施設にアンケート調査を行い、今回の法改正によりそれぞれの施設の対応を調査した。また、今回の法改正に伴って公法人立施設の中で療養介護型に移行した唯一の施設である、三重県済生会明和病院・なでしこでの移行に至った経緯について述べる。

【 第 一 部 】

A. 研究方法

アンケートの内容は以下のとおりである。

1. 自立支援法の施行に伴って療養介護型・生活介護型への移行について伺います。

- 1) 今回移行した
- 2) 今回移行しなかった
2. 今回移行しなかったとお答えになった施設のうち

- 1) 一度移行を考えたが諸事情により移行は断念した
- 2) 今回はまったく移行を考えなかった
3. 今回移行された施設にうかがいます。移行できた理由と改定を望む点を記載してください。
4. 今回移行しなかった施設のうち
 - 1) 一度移行を考えたが断念した場合はその理由をお書きください。
 - 2) 今回まったく移行を考えなかった施設は、その理由をお書きください。
5. 5年後の移行を視野に入れた場合、現在のルールで不都合な点をあげて、どのように改定されれば好ましいかご意見をお書きください。

ってしまう。

- 移行後の全体像が不明確、特に年齢超過児の問題、児童福祉法の改正との関連で。
- 配置基準から経営計画まで再検討を要する。
- 療養介護外となる入所者の処遇など具体性を欠き、前に踏み込めない状態である。
- 県の福祉計画の意向と、当施設だけが移行しても運営的に困難。
- 利用者の理解が得られなかった。
- 療養介護と生活介護の内容や条件が不透明で移行後のメリットが十分確認できなかった。
- 制度がまだ不明確である。
- 医師の確保が困難。

B. 研究結果

1. アンケートは、115施設のうち114施設から回答を得て（回答率 99%）、今回、新体系に移行した施設は1施設のみであった。（表1）
2. 移行しなかった施設のうち、一度は移行を考えたが断念した施設が11施設あり、その理由として、人的確保の問題、財政面の問題、全体像が不明確、行政側の対応が不明確、法自体の先行きが不明確等があげられ、結果として全体の成り行きを見守るという結論になった。具体的な記述を以下に記す。（表2）
 - 施設運営的な問題、特に財政事情を検討した結果。
 - 指定管理者契約上の問題。
 - 職員配置は問題ないが、障害児施設給付費より療養介護のほうが報酬単価が下が

次に、今回移行についてまったく考えなかった理由を述べる。（表3、施設の重複あり）、他施設や都道府県の動向を見てというものがかなり多数を占め、30%にのぼった。法自体や市町村の対応が不明確だからと答えた施設は、30%あり、人員配置が難しいとした施設が17%、財政面が難しいとした施設が17%であった。障害程度の認定に関する点が問題ありとした施設が12%、生活介護型の受け入れ方法が不明確という施設が7%、動く重症児に関して処遇の仕方が不明確を理由に挙げた施設が2%あった。1施設ではあるが、重症心身障害児施設は障害者自立支援法では対応できないと断言した施設がある。また、施設が公立であるため、行政側の対応待ちという施設も存在する。このように多くの施設で、先行き不透明の部分が多く、国会での重症心身障害児施設は当面現在の処遇の水準を落とさないとの付帯決議があり、5年間重症心身

表 1

アンケートの結果

- アンケート送付施設 115施設
- 回答施設 114施設

内 訳(114施設)

- 新制度への移行を実施した施設 1施設
- 移行を考えたが断念した施設 11施設
- 全く移行を考えなかった施設 102施設

表 2

移行を考えたが断念した理由

- 人的確保の問題
- 財政面の問題
- 契約への理解が得られない
- 県や市町村の対応が不明確
- 法自体が不明確

表 3

移行は全く考えなかった理由

- 法自体や市町村の対応が不明確 30%
- 他施設や都道府県の動向を見て 30%
- 人員配置が難しい 17%
- 財政面が難しい 17%
- 障害程度区分の方法が疑問 12%
- 生活介護型の受け入れが不明確 7%
- 動く重症児の問題が未解決 2%

(重複回答)

表 4

今後改定を望む点

- 障害程度判定基準の見直し
- 施設基準の見直し
- 財政面の整備
- 人員配置の見直し
- 利用者負担の見直し
- 市町村間での格差・対応の見直し
- 動く重症児の医療面でのケアの問題
- 他施設の受け入れ準備
- 年齢超過児の是正

障害児施設としての存続が認められたので、現時点であわてて移行することは組織としてのリスクが大きく、しばらく様子を見よう考えた、というところが本音ではないかと思われる。重症心身障害児施設はその設立基盤や施設規模、入所者の内訳など多くの点で多様であり、今回の制度改革に対する思いはさまざまである。

具体的な記述を以下に列挙する。

- 療養介護施設と重症心身障害児施設ではその理念も対象者も異なる。病院としての基準が診療報酬改定で変わり、現状での移行は困難である。
- 施設定員81名以上の場合、障害児施設給付費（862単位）のほうが療養介護型介護費（857単位）よりも高いし療養介護に移行した場合人員配置を1対1以上にしなければ成らず現行の職員給与基準では不可能。
- 児童福祉法の改正、医療法とも不明確。
- 新体系への移行に伴う現入所者への施策が不明確。公立の施設のため、行政の対応を確認してからの移行となる。
- 新制度に対する不満と不安が払拭できない。
- 施設のハード面での対応が困難。
- 今回経過措置がとられたので、新制度の成り行きを見極めてから移行を考えたい。
- 療養介護型に移行する場合の理解が不十分で収入や利用者の障害程度区分のシミュレーションが不十分である。
- 施設種別が分かれることによる会計処理の多様化に対応するのが大変である。生活介護型に属する人が他施設に移るとし

ても長年医療をベースとした施設で生活してきて、適切な処遇を受け続けられるのか心配。

- 経過措置がとられている間に、十分な対応ができるように整えたい。
- 5年後の法改正の動向を見てから考える。現在は明確なことが少なく、時期尚早。
- 児童の部分の施設体系が明確になってから、児と者の一体的施設運営の中で今後の施設体系の移行を考えたい。
- 重症心身障害児施設が存続される現時点では移行は考えない。
- 重症心身障害児施設は障害者自立支援法では対応できるものではない。
- 療養介護では看護基準が10対1を求められるが、現状では看護師確保が困難である。
- 入所者のうち少数は生活介護施設に移行せざるを得ないが、他施設への転出先がない。施設の一部を生活介護施設に変更した場合収入が大幅に減少する。そのため、療養介護施設部門も含めた施設の運営が維持できなくなると判断、困難を承知で移行する理由はない。
- 契約・成年後見などで家族の理解を十分に得る時間がなかった。また、個別支援計画も未策定である。
- 生活介護の給付費ではサービスの低下は避けられない。経営的に成り立たない。
- 肢体不自由児施設および身体障害者療養施設を併設しており、総合的な判断が必要で重症心身障害児施設単独での移行は不可能。
- 動く重症児者が多いため、児童福祉法の施設のままでしばらく継続する。

- 動く重症児者が多く、療養介護の該当者は3割程度。動く重症児者にも難治性てんかん、精神科的問題、種々の内科的合併症を有されている方が多く、医療のない生活介護では対応ができない。
- 重症心身障害児の処遇は国会で付帯決議がなされたため。
- 未成年者が多い。

3. 改定してほしいことは何かの問いに対する回答は、前問の「今回移行しなかった理由」と重なるものも多い。具体的な記述を以下に列挙する。(表4)

- 現在の病院基準で「療養介護」に移行できること。年齢で重症児を分けないこと、障害者自立支援法の対象から重症児を除外して措置を継続し、自己負担を撤廃するのが望ましい。
- 付帯決議を遵守するのなら「特殊疾患療養病棟入院料」の復活または現在のルールに近いものを望む。
- 経費削減が先で少数の障害者等の施策が不十分。生命の尊厳を維持できる施策を行う。利用者負担を場当たりの軽減策で対応しているいい加減さを改善して、一貫したわかりやすい負担算式および安心して生きていける負担額に改善する。施設運営が安定的、適正にできる診療報酬体系を作る。
- 新築・改築する場合は障害者自立支援法に沿ったものとし、現在使用している古い建物の場合は規制緩和する。
- 新体系で、施設給付費が現行より低くされないように改定してほしい。
- 新法の療養介護ではサービス責任者、生活支援のみで、療育サービス低下の恐れあり検討を要する。
- 現状の収入が確保されることが条件である。
- 職員配置基準（支援員の2対1）が高すぎる。
- 診療報酬が大幅に減額となった現在、1対1を確保することはきわめて困難であるので超重症児・準超重症児に対する診療報酬を大幅に引き上げる必要がある。
- 療養介護サービス費の定員のとらえかたが不明確であるため、サービス管理単位（病棟）としての定員設定を願いたい。
- 療養介護で基準されている看護職員の看護補助者は余分な生活支援員を当ててよいのか。
- サービス体系が大きく日中活動系と居住系に分かれているが、入園者の実情からすると両方のサービスを併せ持ったサービス体系も設定してもらおうと現状との乖離がなく利用者も安心して利用を継続できる。
- 今後実施主体は県から市町村へ移っていくが、市町村の規模や財政事情によって格差が出てくるのではないか。窓口は市町村でも県でもかかわりが続くような制度づくりを望む。
- 病院として存続できるか不安（療養病棟の切捨てや看護配置の問題）。
- 重症児は如何に支援しても自立できるものではなく、自立支援法で対応できるものでもないので、重症児施設をあくまでも維持するように運動を続けていく。
- 不明確な点として、療養介護の対象がある。新体系での療養介護施設対象者は

「重症心身障害者であって障害程度区分が5以上のもの」となっているが、この「重症心身障害者」の意味が不明確である。広く解釈すれば、現在重症心身障害児施設に入所しているもので、区分5以上のケースとなり、狭い解釈では、大島分類1～4に該当してかつ区分5以上のもの、となるがこのどちらかが不明確である。不都合な点としては看護配置を2対1にするという条件になっているが、これは現実的ではない。2.5対1、3対1の看護配置でも認められることが望ましい。あるいは傾斜配置が認められることが必要である。障害程度区分の判定が市町村間で統一性が保たれない可能性がある。都道府県レベルでの障害程度区分判定が望ましい。

- 障害程度区分の見直し。生活介護型の場合、一人当たりの利用者面積要件の変更。費用（利用者負担・事業者収入とも）の見直し。事務手続きの軽減（手間・書類の量・利用者との連絡など）。
- 地域に利用できる資源が十分ではないのが現状である。体制が整うまでの間、新法における当該等施設対象外の利用者に対しても利用単価の保障をしてもらいたい。
- 療養介護、生活介護とともに重症心身障害児施設も残すこと。ただし、入所している人の障害区分判定によって個々人の支給額に差をつけること。また、病院としての縛りを残すこと。
- 現利用者は療養介護に移行できるようにすること。
- 現行の基準および障害程度区分の判定を

した場合4以下であっても医療を常時必要とする利用者は少なくない。療養介護の看護基準を10対1のみとすることは実態とかけ離れている。

- 障害程度区分の見直し。
- 自立支援法下での児童福祉施設見直しの骨格を早く示してほしい。
- 一次判定と二次判定に2割の誤差が生じている障害程度区分判定は、適切に判定が行われる制度改定と客観性が必要。
- 介護保険との統合が視野にあるなら、将来高齢利用者にとのように対応するのか、ビジョンを明確にすべきである。
- 児童相談所から重症心身障害児・者との認定を受け「措置」され入所された方が、今回全く別の判定方法の数値化により今度は同施設が利用できなくなるとは、何を持って「障害者自立」というのか。現在のルールに加えて「多動」「強度行動障害」の方も医療型施設である療養介護型に移行できる可能性を残した判定方法の検討を望む。
- 契約制度移行に伴い自治体や福祉圏域で各施設への入所を調整する必要が生じるが、これを誰が担当するのは重要である。どの事業者からも契約されない利用者はどうするのか。日用品費の額が各施設間でかなりの格差があり調整が必要。4以下の区分の利用者は施設から出ること地元の資源（ほとんどない状況）を利用することも困難である。利用者負担（あるいは事業に対する単価）や市町村事業への移譲ばかりが議論として目立ち、グランドデザインの主旨であった自己選択・自己決定や家族支援などの視点

は全く生かされていない印象がある。

●障害の区別なく利用できるのは、近くの施設を利用しやすくなる点ではよいが、サービスする側にそれだけの提供ができるのか疑問である。世帯分離をして住所を施設に移した場合施設のある市町村の負担が大きい。在宅への方策を考えてほしい。

以上をまとめると、全体を通して多いのは、

施設の特性を踏まえての障害程度区分の判定基準の見直しである。他に、施設基準の見直し、財政面の整備、人員配置、利用者負担の見直し、市区町村での格差、対応の見直し、動く重症児の医療面でのケア、他施設の受け入れ準備、年齢超過児の是正となっている。2施設で、従来の措置の制度に戻して利用者負担のあり方ももとの制度のままにすべきであると主張する意見があった。

【 第 二 部 】

療養介護型に移行した「三重県済生会明和病院・なでしこ」

障害者自立支援法による新体系の施設（療養介護事業所）への移行の経験とサービス管理責任者の役割

（第二部の本文および表5～16は「なでしこ」樋口・大友・長坂らの提供による）

「三重県済生会明和病院・なでしこ」は平成18年10月に障害者自立支援法の実施に伴う新体系の施設（療養介護事業所40床）へ移行した。従来の重症心身障害児施設は50床（措置45床＋短期専用5床）であったが、学童2人が措置されていたことより重症心身障害児施設として10床を残した。

済生会は社会福祉法人で定款には定員は合計50床（＝医療病床定員）となっていて、療養介護事業所と重症心身障害児施設のそれぞれの定員は三重県への届出と許可でいつでも変更は可能である。平成19年1月現在、児童2人は重症心身障害児施設（児童相談所担当）に契約で長期入所とし、成人38人は療養介護事業所に契約による長期入所（各住所地の市

町による受給者証あり、全員障害程度区分は（6）となっている。なお短期入所（緊急保護を含む）は空床利用に変更したが、現在空床は10床である。空床の多い理由は看護師確保が困難なため、平成17年度は45床の措置病床が満床であった。その後看護師の退職があり補充困難であったため、今回の新体系移行により医療の必要度が低い措置入所者を住所地に近い身体障害者療養施設肢体不自由児施設などへ積極的に紹介し入所待ちとし、長期入所者が順次退所することになった。

契約制度への移行についての準備とその手続きが、日常業務以外に非常に時間と労力がかかった。時系列で列挙すると、平成16年10月社会福祉基礎構造改革の障害者分野の具体化としてグランドデザイン公表（厚生労働省社会保障審議会障害者部会）、11月なでしこ家族会（以下家族会）にて措置制度から契約制度になることなどの制度変更の説明。17年1月障害者自立支援法案が衆議院に提出。4月に家族会にて契約制度移行のために成年後見制度の申請をすすめた。7月家族会主催で

表 5

障害者自立支援法施行に伴う なでしこの動向

済生会明和病院 なでしこ

長坂有花

樋口和郎 雨宮喜雄 大友正明

木下明美 石田明子 宮脇亜衣

他スタッフ一同

表 6

はじめに

- ・ H16年10月にグランドデザインが公表され法律として障害者自立支援法が成立した。
 - ・ **三障害(身体・知的・精神)の一元化**
 - ・ **措置から契約制度へ**
 - ・ **応能負担から応益負担へ**
 - ・ **実施主体が県から市町村へ**
- ・ 重症心身障害児(者)施設である なでしこは療養介護事業所へ移行した。その動向と新体系移行による利点と問題点を検討する

表7

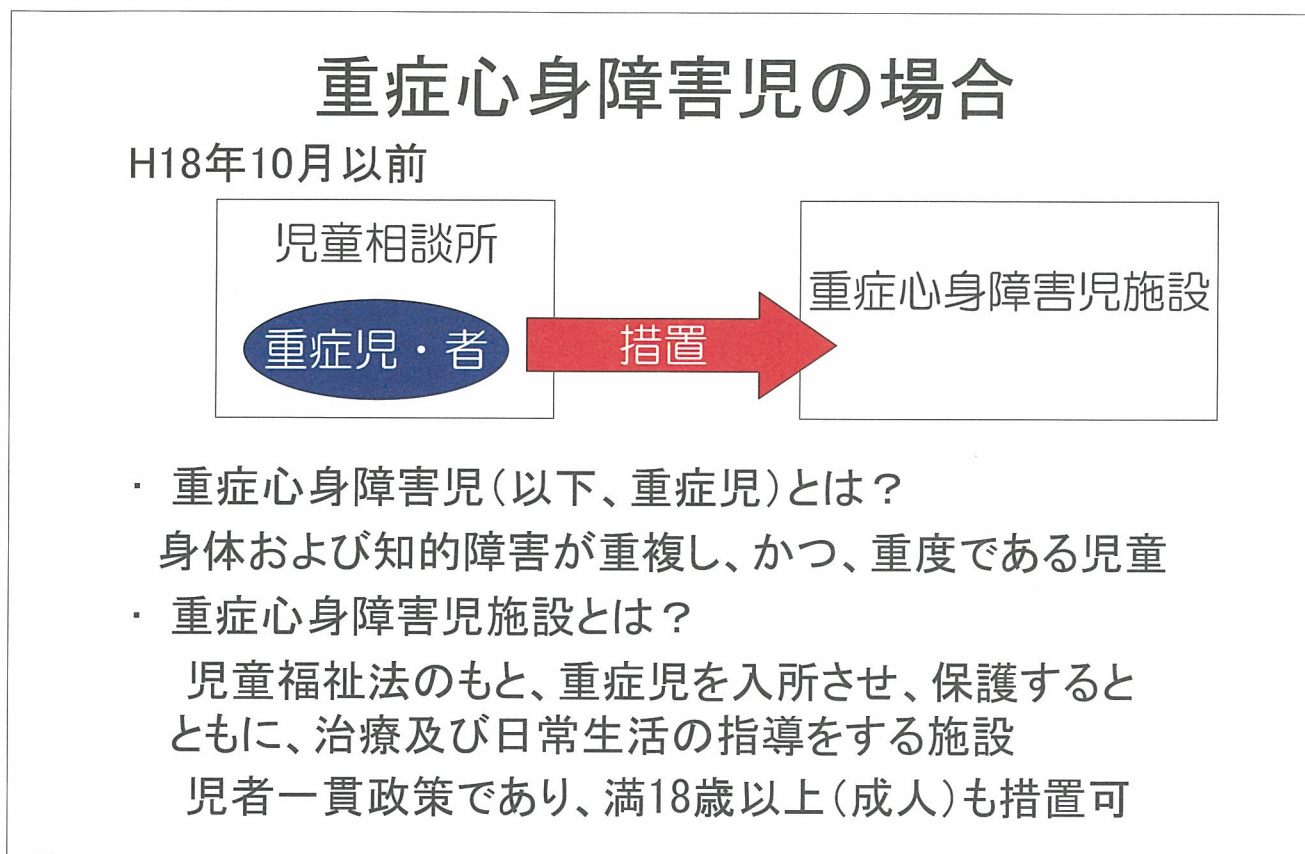


表8

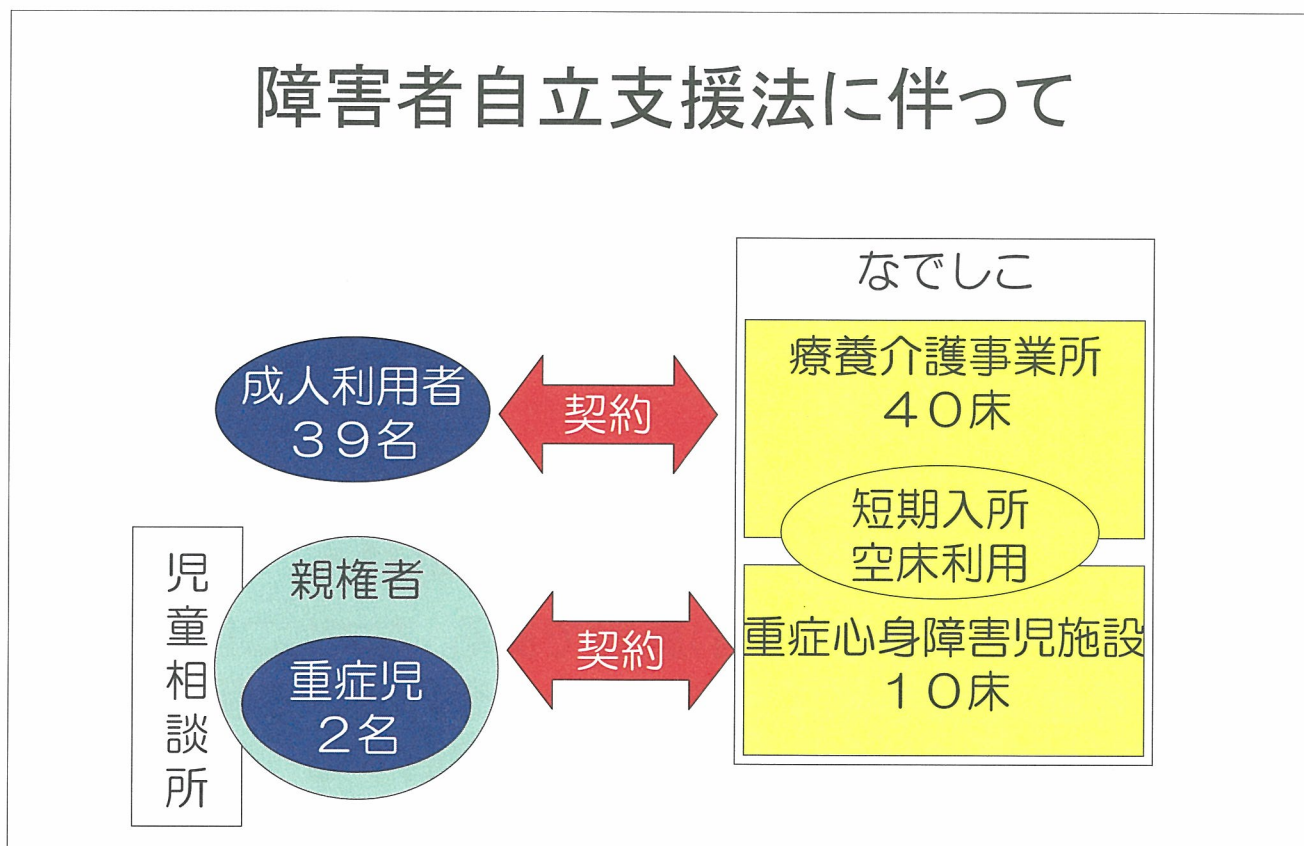
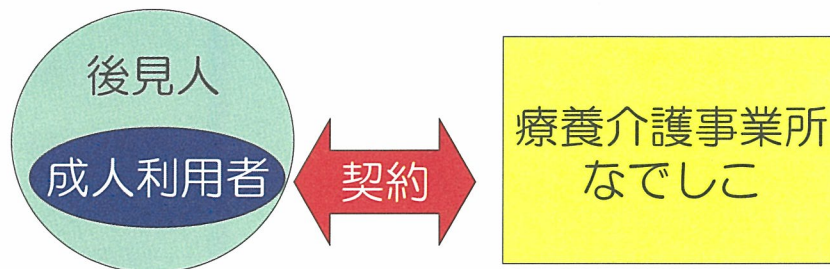


表9

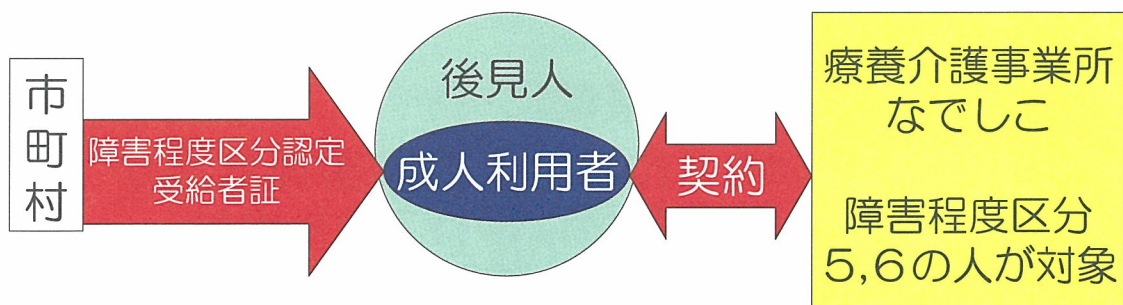
契約までの手続き



成年後見人制度の申請

- ・ H17年4月 家族会にて契約制度移行のため
成年後見人制度の申請を進めた
- ・ 10名の家族が個別に家裁へ申請
- ・ H18年2月に集団申請を行う方針で家裁へ交渉
- ・ 同年5月に残り29名全員が書類提出、6月集団調査・
面接、8月には成年後見人が全員決定

表10



障害程度区分認定の調査

- ・ H18年1月、資料(主管課長会議)をもとに独自に障害程度区分
認定を適用し試算
- ・ 結果、区分4が1人、区分5が4人、残りは区分6と判断
- ・ 区分4の方は身体障害者療護施設へ入所申請をしており、H18
年10月に申請先の施設へ入所
- ・ H18年6月より散発的に市町から医師意見書の依頼が届き、その
1~4週間後に調査員が来院、2市については8月末になっても依
頼がなくなでしこから要求し、9月上旬で終了
- ・ 障害程度区分認定と受給者証の発行が10月以降になった市町
が3ヶ所あった
- ・ 障害者程度区分の結果は全員区分6であった