

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第6回）

日時：平成29年7月31日（月） 9:00～12:00

場所：中央合同庁舎5号館講堂（2階）

□：オブザーバー

○
速記者

照井 障害福祉課長補佐 ○
高鹿 障害児・発達支援室長 ○
内山 障害福祉課長 ○
堀内 政務官 ○
宮崎 障害保健福祉部長 ○
朝川 企画課長 ○
武田 精神・障害保健課長 ○
市川 障害福祉課長補佐 ○

上條 アドバイザー ○
岩崎 アドバイザー ○
井出 アドバイザー ○
全国精神保健福祉会連合会
小幡 事務局 会長 ○
難病の子ども支援全国
ネットワーク 専務理事 ○
日本精神保健福祉事業連合
大友 事務局 会長 ○
日本精神保健福祉事業連合
上野 代表 ○

□ 高沢 職業安定局雇用開発部
障害者雇用対策課長補佐
○ 千把 アドバイザー
○ 野沢 アドバイザー
○ 熊柳 田本 局長
○ 熊奥 山本 課長
○ 障害のある人と援助者でつくる
日本グループホーム 学会表
光増 代表
○ 障害のある人と援助者でつくる
日本グループホーム 学会表
室津 事務局 会長
○ 日本身体障害者団体連合会
小西 副会長
○ 日本身体障害者団体連合会
飯塚 常務理事

○ 林福全 社国精 田業者 障害者 幹事 会
○ 森福全 社国精 田業者 障害者 幹事 会
○ 江日本 原精 委科 員院 協 長 会
○ 相日本 澤精 理病 院 協 事 会
○ 田全国 中障 害者 地域 生活 支援 協 議 表 会
○ 戸全国 高障 害者 地域 生活 支援 協 議 表 会
○ 齊日本 藤難 病・ 常疾 病 務 団 体 協 議 事 会
○ 伊日本 藤難 病・ 疾 病 参 団 体 協 議 与 会

事務局・省内関係者・随行者・傍聴者・記者席

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第6回）

議事次第

平成 29 年 7 月 31 日（月）

9 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0

於：中央合同庁舎 5 号館講堂

議 題：

1. 関係団体ヒアリング⑤

2. その他

○配付資料

ヒアリング資料 1	熊本県
ヒアリング資料 2	障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会
ヒアリング資料 3	社会福祉法人日本身体障害者団体連合会
ヒアリング資料 4	一般社団法人日本難病・疾病団体協議会
ヒアリング資料 5	特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会
ヒアリング資料 6	公益社団法人日本精神科病院協会
ヒアリング資料 7	全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク
ヒアリング資料 8	一般社団法人日本精神保健福祉事業連合
ヒアリング資料 9	特定非営利活動法人難病のこども支援全国ネットワーク
ヒアリング資料 10	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



熊本県



熊本県における障害福祉サービスの概要(1)

1. 本県の状況(平成28年度)

(1)人口: 177.5万人(世帯 70.8万世帯)(全国23位)

(2)男女比率: 男性47%、女性53%

(3)高齢化率: 29.5%

(4)障害者数

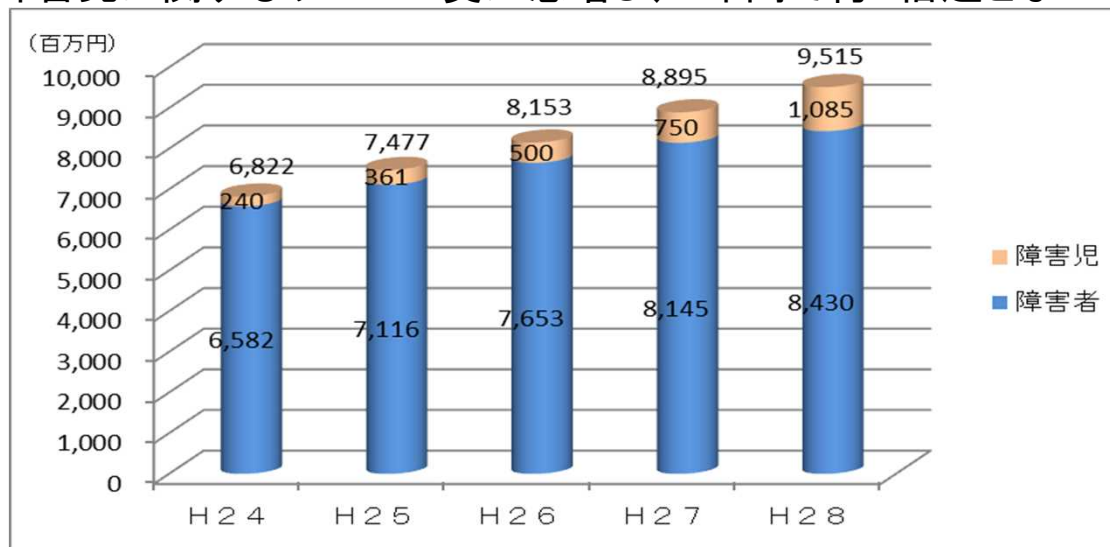
(手帳交付者数)

(平成28年3月末時点)

身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者手帳	合計
94,570人(16位)	17,909人(17位)	16,068人(15位)	128,547人

2. 障害福祉サービス費等の推移

県の障害福祉サービス費は、毎年1割弱増加しており、4年間で約40%増加している。特に近年では、障害児に関するサービス費が急増し、4年間で約4倍超となっている。



熊本県における障害福祉サービスの概要(2)

3 県内の各障害福祉サービスの利用状況

○障害福祉サービスの事業所及び利用者の状況

- ・共同生活援助(外部サービス利用型)と就労継続支援A型事業所の利用者が多く、この組み合わせで地域移行が進むことが多い状況。
- ・重度な障害者を対象とする療養介護のサービスや相談支援事業(計画相談、障害児相談)の利用も多い。
(参考:人口順位23位)

サービス種類	H27 事業所数	全国順位	H28 利用者数	全国順位
居宅介護	241	26	1921	27
重度訪問介護	228	22	116	17
同行援護	98	23	279	23
療養介護	5	14	686	8
生活介護	70	32	4734	16
短期入所	91	18	587	26
施設入所支援	49	-	2981	14
共同生活援助(介護サービス包括型)	152	10	1314	25
共同生活援助(外部サービス利用型)			1003	2
自立訓練(生活訓練)	36	13	265	17
就労移行支援	74	15	404	22
就労継続支援A型	152	5	2835	6
就労継続支援B型	155	24	3233	26
計画相談支援	130	19	3503	13
障害児相談支援	96	16	1725	9
児童発達支援	66	18	2316	15
放課後等デイサービス	106	18	2946	14

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

視点一 1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

(1) 重度訪問介護事業の心身上の負担を配慮した評価の見直し

- ・ 重度訪問介護報酬の時間単価は大変低い状況(居宅介護の4割以下)であり、ヘルパー不足の中、安定的な事業運営が困難な状況。重度訪問介護に強いられる長時間拘束や専門的な対応と心労に見合った報酬体系の見直しが必要。

(2) 計画相談支援事業における質の高いサービス確保のための評価の見直し

- ・ 相談支援事業は、事業所数に比べ利用者の増加が著しく、障害者のニーズや課題も複雑化しており、相談支援専門員の業務量が増大している。利用者に寄り添った質の高いサービスを維持するためには、初回加算の導入等による業務量に見合った報酬体系の見直しが必要。

視点一 2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするため、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方法

(3) 医療的ケア児の支援体制の充実

- ・ 医療的ケアを要する障害児は全国的に増加しているにもかかわらず、受け入れることのできる施設は大変少ない状況。医療的ケア児に関する報酬体系の創設や、専門職員を配置した場合の加算の新設、欠席時対応加算の引上げ等による支援体制の充実が必要。

(4) 学校等における障害児支援の拡充

- ・ 重度の障害児の通学時等については、親が付き添わなければならない状況が発生している。教育での体制構築までの間は、教育活動や通学時における訪問介護サービスの利用が必要。

視点一 3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方法

(5) 放課後等デイサービスの質と利用機会の確保

- ・ 今回の人員配置基準の見直しにより、経過措置期間終了後に要件を満たさない事業所の発生が想定されることから、減算措置を含めた対処方法についての早急な明確化が必要。

(6) 基準改正への対応について

- ・ 都道府県では独自の条例で人員・設備、運営に関する基準を定めていることから、都道府県における条例改正の手続き期間を考慮した早期の改正情報の提供をお願いします。

(1) 重度訪問介護事業の心身上の負担を配慮した評価の見直し

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 事業者から、「重度障害者の方を長時間看護するという責任と心労に比べ、その対価が低い」という意見が寄せられており、実際、重度訪問介護事業所の大半が実施している居宅介護事業と比べると、その時間単価は2.5倍の差(表1)があり、従業時間も日中の短時間では済まない状況である。

また、ヘルパー不足で本県の介護職員の賃金が上昇している中、時間単価で見ると報酬の半分以上を介護職員の給与が占める状態となっており、安定的な事業運営を難しくしている。

今後ますます入所施設等からの地域移行が進むことが予想される中、全国的にも重度訪問介護の利用者は増加を続けている状況であり、本県においても居宅介護利用者のうち区分4以上の者が年々増加(表2)している。

【表1:本県におけるH28サービス平均利用時間等】

	平均利用時間	報酬額	時間単価
居宅介護	43分	3880円	5,414円
重度訪問介護	5.3時間	10680円	2,015円
本県介護サービスの求人賃金	—	—	933円 ~ 1,120円

【表2:本県における居宅介護及び重度訪問介護の利用状況】

年 度	居宅介護月平均利用者数 (区分4以上)	増加率 (%)	重度訪問介護 月平均 利用者数	増加率 (%)
H26	318	100	113	100
H27	371	117	116	103
H28	379	119	115	102

そのような中、指定を受けた重度訪問介護事業所の中で、実際に事業を行っていない事業所が約2/3を占めており(表3)、市町村から、「利用者の周辺に重度訪問介護事業を行う事業所がないため、居宅介護の支給決定を出して対応している」という話も聞いている。このことから、重度訪問介護事業を実施する事業所を増加させることが必要となっている。

【表3:本県における居宅介護及び重度訪問介護事業所の請求率】

事業名	指定事業所数	請求事業所数(／月)	事業所請求率
居宅介護事業	241	201	83.4%
重度訪問介護事業	228	81	35.5%



【意見・提案の内容】

- ・ 重度訪問介護サービスの質と量を安定的に確保するため、居宅介護と重度訪問介護における時間単価の大きな差を縮める報酬体系の見直しを要望する。

(2) 計画相談支援事業における質の高いサービス確保のための評価の見直し

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 相談支援事業は、障害者が地域で安心して自立した生活を送ることができるよう、障害者が日々の暮らしの中で抱えているニーズや課題にきめ細かく対応し、必要に応じて適切な障害保健福祉サービス等に結びつけていく、重要なサービスである。

本県では、多くの相談支援事業所が参加する連絡協議会が自主的に立ち上げられており、昨年度に発生した熊本地震において、発災直後から自主的に戸別訪問を実施するなど、被災された障害者の身近な支援者として奔走されており、本県としても、地域移行の推進に向け、その重要性がますます増加していくものと認識している。

現状として、月間の処理件数は90件を超えており(表4)、介護事業の処理件数(40件)の2倍となっている。処理件数の増加に加え、障害者のニーズや課題も複雑化しており、多くの事業所で相談支援員の疲弊やモニタリング等の質の向上に苦労している。

また、多くの機関との調整や関係者からの聞き取りを必要とする計画策定の初期段階において、障害児や介護保険に適用されている初回加算が、計画相談には認められていない。

【意見・提案の内容】

- 計画相談支援事業にも初回加算を導入するなど、業務量に見合った報酬体系となるよう見直しを要望する。

【表4: 本県における相談支援事業所数と処理件数】

年度	特定相談事業所数	計画相談支給決定者数	1事業所あたり年間処理件数	1事業所あたり月間処理件数
H26	134	114,166	852	71
H27	146	164,358	1,126	94
H28	161	179,094	1,112	93

(3) 医療的ケア児の支援体制の充実

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 医療技術等の進歩等を背景として、人工呼吸器及び胃ろう等の使用や、たんの吸引、経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児(医療的ケア児)が増加(表5, 6)しているが、在宅生活を送る医療的ケア児を受け入れる事業所が少ない状況であり、例えば、人工呼吸器を装着している医療的ケア児を受入れている通所事業所は、県内全体で6ヶ所(ほぼ1ヶ所1人づつ)となっている。
医療的ケア児の受け入れのためには、心身の状況を観察し、異常の有無を判断でき、医療行為が実施できる看護師の配置が必要であり、特に医療的ケア児を複数受け入れている事業所においては、人員配置基準以上の看護師の配置が必要となっている。
また、医療的ケア児は急に欠席となることも多く、福祉サービスの中で確保が難しい看護師等の専門職員を配置して医療的ケアを行う事業所や、医療連携体制加算の利用により医療的ケア児の受入を行っている事業所にとっては、厳しい経営を強いられている。

【意見・提案の内容】

- 医療的ケア児に対する新たな報酬体系の創設や、医療的ケア児支援のために看護師を追加配置した場合の新たな加算制度の構築とこれに伴う欠席時対応加算の引上げについて検討を要望する。
- 併せて、事業所が医療的ケアの実践的対応を学ぶための研修体制の構築を要望する。

【表5: 本県における重度心身障害児の数】

	重度心身障害児者数	伸び率
H25	123 人	—
H29	185 人	150.4%

【表6: 特別支援学校における医療的ケアが必要な生徒数】

年度	熊本(人)	増加率	全国(人)	増加率
H19	102	100.0%	6,136	100.0%
H23	109	106.9%	7,350	119.8%
H28	119	116.7%	8,116	132.3%

(4) 学校等における障害児支援の拡充

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ 重度の障害児においては、学校への通学時や宿泊を伴う校外活動等に、親の付き添いが求められるケースが多く、親の献身がなければ、医療的ケアが必要な大多数の生徒が教育活動への参加に困難を来すという課題が生じている。

例えば、九州では特別支援学校に通学している医療的ケアが必要な児童の80%(熊本においては92%)に当たる保護者が、週に1回以上は登下校や学校生活に付き添うという状況(次ページ表7)であり、親の社会参加や、兄弟の育児・介護時間の確保にも苦慮している状況である。

学校内の教育活動については、基本的には教育で必要な体制を整えるべきであると考えが、それまでの間においては、何らかの対応が必要となる。

また、市町村が通学支援に柔軟に取り組める移動支援事業(地域生活支援事業)は、恒常的な超過負担が生じており、少数の市町村の実施に留まっている。

【意見・提案の内容】

- ・体制が整うまでの間、授業中や校外学習時における居宅介護・重度訪問介護等の訪問介護サービスが利用できるような制度改正を要望する。
- ・通学時における訪問介護サービス等の利用を要望する。
- ・市町村における移動支援事業の活用を増やすため、地域生活支援事業の所要額の確保を要望する。

(参考資料)

【表7：九州各県における医療的ケアが必要な子どもの状況(公立特別支援学校)

	登下校	登下校と学校生活	付き添いなし	付き添い割合
熊本県	56	3	5	92%
福岡県	73	21	13	88%
佐賀県	32	3	0	100%
長崎県	44	0	8	85%
大分県	40	9	4	92%
宮崎県	45	5	0	100%
鹿児島県	66	3	42	62%
福岡市	5	3	39	17%
北九州市	30	4	0	100%
九州計	391	51	111	80%
				2016. 5 文部科学省調査

● 平成28年度 医療的ケアに関するアンケート結果

(平成29年1月に実施した、別添「熊本県特別支援学校における医療的ケアに関するアンケート」参照)

- ・ ほぼ全ての方が、看護師による医療的ケアの成果を感じていた。
(保護者93%、看護師99%。教員99%)
- ・ 保護者、看護師、教師とも大きな課題として感じているのは、「看護師が休みときの対応」や「看護師数不足」、「校外学習時の対応」であった。

(5) 放課後等デイサービスの質と利用機会の確保

【意見・提案を行う背景、論拠】

・ サービスの質の確保のため、本年4月から児童発達管理責任者の資格要件の見直しや配置すべき職員の要件の見直しが実施されたが、ただでさえ福祉事業所の職員確保が難しい中、猶予期間が1年と短いことから、猶予期間が切れる平成30年4月以降、職員の配置基準を満たすことができず、休止や廃止となる事業所が発生することが予想される。

このことにより、利用者である障害児がサービスを受けられなくなる状況を回避するためにも、配置基準を満たせない場合の減算措置やその適用期間を含めた対処方法を来年4月までに定めておく必要があるが、同様に運用基準が変更された就労継続支援A型事業においては取扱い通知が出ているにもかかわらず、放課後等デイサービス事業においてはその取扱いが示されていない。

【意見・提案の内容】

・ 児童指導員又は保育士が半数以上いない場合の対応について減算規定やその適用期間を設けるなど、猶予期間終了後の全国統一の対応の早急な決定を要望する。

(6) 基準改正への対応について(その他)

・ 障害者総合支援法第43条等の規定により、人員・施設、運営等に関する基準については、都道府県が条例で定めていることから、国が示す基準が改正になっても、これを適用するためには、都道府県の条例を改正しなければならない。条例の改正には議会の承認を伴うことから、都道府県議会への議案提出時期(遅くとも1月初旬)を考慮した、できるだけ早い段階での改正情報の提供をお願いします。

熊本県特別支援学校における医療的ケアに関する調査等の結果(概要)

Ⅱ 調査の目的

県立特別支援学校における医療的ケアの実施状況や課題等を把握し、学校における安全で安心な医療的ケアの実施に資する。

Ⅱ 調査の内容

- 1 医療的ケアに関する調査（各学校からの報告）
平成28年度熊本県ほほえみスクールライフ支援事業 実施校7校
- 2 医療的ケアに関するアンケート（調査用紙による）
平成28年度熊本県ほほえみスクールライフ支援事業 実施校7校の
保護者、看護師、関係教員

Ⅲ 結果の概要

- 1 医療的ケアに関する調査
 - (1) 医療的ケア実施の成果と課題
 - ・限られた看護師数での工夫（教室配置、授業時間、連絡帳様式等）
 - ・教員による医療的ケアについて、研修受講から実施までに時間がかかること
（基本研修→修了証発行→実地研修→認定証発行→ケア実施）
 - ・対象者の体調管理に関する保護者との認識の違いへの対応
 - (2) ヒヤリハット事例の報告
 - ・気管カニューレ抜去
 - ・吸引器の故障
 - ・栄養注入におけるミス
 - ・胃ろうに関すること
- 2 医療的ケアに関するアンケート
 - (1) 看護師による医療的ケアの成果
 - 看護師による医療的ケアで成果と感じている（大変思う、思う）のは、保護者が93%、看護師が99%、教員が99%であった。
 - 保護者で高いのは、「付添いの負担が軽減され、自分の時間が確保できる」「看護師がいることで安心感がある」「親から離れ、子どもの自立を図る上で役立つ」
 - 看護師で高いのは、「保護者、教師、学校に安心感が生まれる」「親から離れ、子どもの自立を図る上で役立つ」「児童生徒の状態に即したきめ細かなケアが実施できる」
 - 教員で高いのは、「看護師がいることで安心して授業に取り組める」「専門的な立場からの助言により児童生徒理解や対応に役立つ」「児童生徒の状態に即したきめ細かなケアが実施できる」

(2) 教員研修実施の成果

- 教員が受けた医療的ケアに関する研修による成果と感じている(大変思う、思う)のは、保護者が89%、看護師が87%、教員が95%であった。
- 保護者で高いのは、「教員の不安感の軽減、解消につながる」「教員の専門性の向上につながる」「教員が子どもの状態をよりよく理解できる」
- 看護師で高いのは、「教員の専門性の向上につながる」「教員が子どもの状態をよりよく理解できる」「看護師との連携・協力がスムーズに行える」
- 教員で高いのは、「教員の不安感の軽減、解消につながる」「教員の専門性の向上につながる」「看護師との連携・協力がスムーズに行える」

(3) 課題と感じていること

- 課題があると感じている(大変思う、思う)のは、保護者が53%、看護師が62%、教員が59%であった。
- 保護者で高いのは、「看護師数が不足」「看護師が休みのときの対応」「校外学習時の対応」
- 看護師で高いのは、「看護師が休みのときの対応」「保護者の負担」「緊急時の対応」
- 教員で高いのは、「看護師数が不足」「看護師が休みのときの対応」「緊急時の対応」

【自由記述の主な内容】

■保護者

- ・看護師や制度への感謝の意見として、子供が成長したこと、保護者の負担軽減、専門的なアドバイスが受けられること、これからも続けてほしいなどがあった。
- ・課題等の意見として、保護者の付添いなく学校に通うこと(ケア開始までの手続き期間中、看護師が休みの時、校外学習、人工呼吸器の対応)、子供の体調について看護師(学校)と意見の相違があること、などがあった。

■看護師

- ・子供の成長の場面に立ち会えることにやりがいを感じる。
- ・体調や衛生管理について、情報交換を密にして連携を図りたい。
- ・子供の体調の捉え方について保護者と共通理解を図ることが難しい。

■教員

- ・看護師が医療的ケアを行い、看護師から専門的な助言をもらうことで、安心して授業に専念することができる。
- ・災害発生時の対応について考えておく必要がある。
- ・看護師が休むと、保護者に付添いを依頼することになる場合があるため、看護師が休みにくい状況がある。

平成28年度 医療的ケアに関するアンケート

平成29年1月実施

A:大変思う B:思う C:思わない

↑ : 対前年+10 p以上
 ↗ : 対前年+3 p~10 p
 → : 対前年-3 p~+3 p
 ↘ : 対前年-3 p~-10 p
 ↓ : 対前年-10 p以下

保護者

看護師

教師

1 看護師による医療的ケアの成果

No.	回答人数 成果内容	計 50 人				対前年 H27(A+B)
		A	B	C	未回答	
①	付き添いなどの負担が軽減され、自分の時間を確保できる	35	12	2	1	↘ -5.0 p 99%
②	看護師がいることにより、安心感がある	38	9	1	2	↘ -6.0 p 100%
③	親から離れて教育を受ける機会が増え、子供の自立を図る上で役立つ	35	13	1	1	↘ -3.0 p 99%
④	子供の社会参加を図る機会に役立つ	28	20	1	1	→ 0.0 p 96%
⑤	子供と教員の信頼関係が良好になり、子供の明るく楽しく学ぶ姿を感じる	32	14	3	1	↘ -8.0 p 100%
⑥	子供の健康管理がしやすくなり、生活のリズムが整う	31	13	3	3	↘ -10.0 p 98%

No.	回答人数 成果内容	計 19 人				対前年 H27(A+B)
		A	B	C	未回答	
①	看護師がいることにより、保護者、教員、学校に安心感が生まれる	11	8	0	0	→ 0.0 p 100%
②	親から離れて教育を受ける機会が増え、子供の自立を図る上で役立つ	14	5	0	0	→ 0.0 p 100%
③	子供の社会参加を図る機会に役立つ	9	9	0	1	↘ -5.3 p 100%
④	子供と教員の信頼関係が良好になり、子供の明るく楽しく学ぶ姿を感じる	9	10	0	0	→ 0.0 p 100%
⑤	一人一人の子供の状態に即したきめ細かなケアが実施できる	10	9	0	0	→ 0.0 p 100%
⑥	子供の健康管理がしやすくなり、生活のリズムが整う	8	11	0	0	→ 0.0 p 100%

No.	回答人数 成果内容	計 125 人				対前年 H27(A+B)
		A	B	C	未回答	
①	授業が途中で途切れることなく、継続して実施できる	57	62	5	1	↘ -1.8 p 97%
②	看護師がいることにより、安心して授業に取り組める	112	13	0	0	→ 0.0 p 100%
③	専門的な立場から助言がもらえ、児童生徒理解や対応に役立つ	104	21	0	0	→ 0.0 p 100%
④	親から離れて教育を受ける機会が増え、子供の自立を図る上で役立つ	101	21	3	0	↘ -2.4 p 100%
⑤	子供の社会参加を図る機会に役立つ	88	35	2	0	→ 0.4 p 98%
⑥	一人一人の子供の状態に即したきめ細かなケアが実施できる	106	18	1	0	↘ -0.8 p 100%
⑦	子供の健康管理がしやすくなり、生活のリズムが整う	94	29	2	0	→ 0.4 p 98%

2 教員研修実施の成果

No.	回答人数 成果内容	計 50 人				対前年 H27(A+B)
		A	B	C	未回答	
①	教員自身の不安感の軽減、解消につながる	27	20	1	2	↘ -6.0 p 100%
②	教員の専門性の向上につながる	25	20	3	2	↘ -8.0 p 98%
③	教員が子供の状態をよりよく理解できる	31	16	1	2	↘ -6.0 p 100%
④	保護者の安心感が向上する	27	16	4	3	↘ -12.0 p 98%
⑤	教員との信頼関係が向上する	28	14	6	2	↘ -13.0 p 97%
⑥	看護師との連携・協力がスムーズに行える	30	13	3	4	↘ -12.0 p 98%

No.	回答人数 成果内容	計 19 人				対前年 H27(A+B)
		A	B	C	未回答	
①	教員自身の不安感の軽減、解消につながる	6	10	1	2	↘ -15.8 p 100%
②	教員の専門性の向上につながる	7	10	0	2	↘ -10.5 p 100%
③	教員が子供の状態をよりよく理解できる	8	9	0	2	↘ -10.5 p 100%
④	保護者の安心感が向上する	8	8	1	2	↘ -15.8 p 100%
⑤	保護者と教員との信頼関係が向上する	6	11	0	2	↘ -10.5 p 100%
⑥	看護師との連携・協力がスムーズに行える	10	7	0	2	↘ -10.5 p 100%

No.	回答人数 成果内容	計 125 人				対前年 H27(A+B)
		A	B	C	未回答	
①	教員自身の不安感の軽減、解消につながる	76	44	2	3	↘ -1.0 p 97%
②	教員の専門性の向上につながる	76	45	2	2	↘ -0.2 p 97%
③	子供の状態をよりよく理解できる	90	30	3	2	↘ -1.0 p 97%
④	保護者の安心感が向上する	66	53	4	2	↘ -0.8 p 96%
⑤	保護者との信頼関係が向上する	56	61	6	2	↘ -2.4 p 96%
⑥	看護師との連携・協力がスムーズに行える	74	47	2	2	↘ -0.2 p 97%

平成28年度 医療的ケアに関するアンケート

平成29年1月実施

A:大変思う B:思う C:思わない

↑ : 対前年+10 p以上
 ↗ : 対前年+3 p~10 p
 → : 対前年-3 p~+3 p
 ↘ : 対前年-3 p~-10 p
 ↓ : 対前年-10 p以下

保護者

看護師

教師

3 課題と感じていること

(1) 医療的ケア実施上の課題

No.	回答人数 成果内容	計 50 人				対前年 H27(C)
		A	B	C	未回答	
①	看護師と教員との連携・協力	10	14	23	3	↘ -7.0 p 53%
②	保護者との連携・協力	12	10	24	4	↘ -7.0 p 55%
③	看護師数が不足	19	16	13	2	↘ -5.0 p 31%
④	看護師が休みのときの対応	24	11	13	2	↑ 11.0 p 15%
⑤	保護者の負担	8	20	19	3	↗ 5.0 p 33%
⑥	教員ができる範囲	11	21	16	2	↗ 8.0 p 24%
⑦	実施上の不安	5	11	30	4	↘ -7.0 p 67%
⑧	子供の体調管理	6	14	25	5	↘ -6.0 p 56%
⑨	緊急時の対応	12	13	21	4	→ 2.0 p 40%
⑩	校外学習時の対応	19	17	12	2	↗ 4.0 p 20%
⑪	衛生面の清潔保持	8	13	24	5	↘ -10.0 p 58%
⑫	施設・設備面の充実	10	17	18	5	↘ -4.0 p 40%

(1) 医療的ケア実施上の課題

No.	回答人数 成果内容	計 19 人				対前年 H27(C)
		A	B	C	未回答	
①	看護師と教員との連携・協力	1	5	11	2	↑ 15.9 p 42%
②	保護者との連携・協力	4	7	6	2	↗ 5.6 p 26%
③	看護師数が不足	3	10	5	1	↓ -20.7 p 47%
④	看護師が休みのときの対応	6	8	5	0	↓ -10.7 p 37%
⑤	保護者の負担	1	13	4	1	→ 0.1 p 21%
⑥	教員ができる範囲	0	10	7	2	↓ -16.2 p 53%
⑦	実施上の不安	1	12	5	1	↗ 5.3 p 21%
⑧	子供の体調管理	6	7	5	1	→ 0.3 p 26%
⑨	緊急時の対応	4	11	3	1	↑ 10.8 p 5%
⑩	校外学習時の対応	3	6	9	1	↑ 10.4 p 37%
⑪	衛生面の清潔保持	2	9	7	1	↗ 4.8 p 32%
⑫	施設・設備面の充実	5	7	6	1	↑ 10.6 p 21%

(1) 医療的ケア実施上の課題

No.	回答人数 成果内容	計 125 人				対前年 H27(C)
		A	B	C	未回答	
①	看護師と教員との連携・協力	14	51	56	4	↘ -5.2 p 50%
②	保護者との連携・協力	23	50	50	2	↘ -5.0 p 45%
③	看護師数が不足	37	48	36	4	→ 0.8 p 28%
④	看護師が休みのときの対応	43	56	23	3	↗ 3.4 p 15%
⑤	保護者の負担	20	55	48	2	→ 1.4 p 37%
⑥	教員ができる範囲	20	55	48	2	→ -0.6 p 39%
⑦	実施上の不安	17	47	59	2	↗ 6.2 p 41%
⑧	子供の体調管理	21	47	55	2	→ 2.0 p 42%
⑨	緊急時の対応	29	60	34	2	↗ 4.2 p 23%
⑩	衛生面の清潔保持	26	41	56	2	→ -0.2 p 45%
⑪	施設・設備面の充実	36	38	48	3	↗ 5.4 p 33%

(2) 校内委員会、校内体制上の課題

No.	回答人数 成果内容	計 125 人				対前年 H27(C)
		A	B	C	未回答	
①	校内体制づくり	20	44	59	2	↗ 7.2 p 40%
②	職員の協力体制	22	44	57	2	→ 0.6 p 45%

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等

障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会

代表 光増 昌久
事務局長 室津 滋樹

障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会の概要

1 設立年月日 2004年2月28日

2 活動目的及び主な活動内容

障害の種別や程度にかかわらず、どんな人でも快適に暮らせる場所が必要です。障害のある人、援助者、家族、研究者、行政で仕事する人など、幅広い人が集まってこの問題を研究し、その成果を分け合い、暮らしやすいグループホームをつくっていくことを目的に活動しています。

< 活動目的 >

- (1) 質の高い援助を提供するグループホームを全国各地にふやす。
- (2) グループホーム間の情報交換や支援に関する研究を進める。
- (3) グループホームを支援する仕組みをつくり、運営の不安定さを改善していく。
- (4) 国や自治体に対して、現場から政策提言や意見を発信する。
- (5) 社会に対して障害者の地域生活を理解してもらうための情報を発信する。

< 活動内容 >

- (1) 「季刊グループホーム」の発刊(年に4回)
- (2) グループホーム学会全国大会の開催(年に1回)
- (3) 行政等に対する政策提言、メディアを通しての社会的アピール
- (4) 現場スタッフ(世話人等)や運営者対象の研修や相談
- (5) メーリングリストによる情報交換

3 会員数 872 名(平成29年3月時点)

4 代表者 光増昌久

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【概要1】

視点-1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

○共同生活援助の報酬構造関係

①世話人配置基準に新たに3:1、2:1の基準を新たに設ける必要があります。高齢化、重度化に対応するため、人員配置を手厚くした事業所を評価する。

②共同生活援助の加算関係

・日中支援加算(Ⅱ)の初日からの算定、27年報酬改定でも論議の対象になったが、グループホームの報酬構造に土日祝日の日中の支援分の報酬が含まれているとの解釈は、現在の多様な入居者の実態と支援の実態とを併せて見直しが必要。入院時支援加算や帰宅時支援加算も同様に
・重度障害者支援加算の対象者拡大(外部サービス利用型にも)、
・地域生活移行個別支援特別加算の見直し、算定基準の緩和、加算対象を日中活動事業所にも拡大。
・夜間支援等加算の報酬の見直しが必要である。夜勤者の休憩時間に関しては、労基署からGHで言う休憩時間は労働法令で言う休憩時間にあたらなため手待時間で休憩時間の間は別な職員の配置を求められている。現在の夜間支援体制加算では、報酬が少ないので見直しが必要。
・障害のグループホームの入居者の高齢化が進んできている。本人の希望で見取り支援を希望する場合も増えてくる事が予想できるので認知症グループホームにある見取り支援加算を創設していただきたい。

視点-2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

○自立生活援助に関して、常勤の職員を配置できる報酬に、対象者を限定しないで、利用希望者を拡大する。既に一人暮らしをしている人、結婚生活している人、親元から一人暮らしをする人、学校を卒業して一人暮らしをする人も対象に。1年の支給決定の見直しを

○非該当の人で利用できる障害福祉サービスは訓練給付の就労系事業と共同生活援助、非該当の人のグループホーム利用の継続を求める。

○特例の個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置から恒久化が必要。

○就労定着支援の対象者に高等支援学校卒業生も対象に、高等支援学校の卒後支援が十分にできていない状況があるので、

○就労継続A型、就労移行支援の65才までの支給決定の延長に関して(障害があっても働く意欲のある人には、支給決定の延長を！)

○短期入所に関して(日中利用の復活を！一日中一時支援は選択事業なので、どこでも使えるように。単独型短期入所の報酬の見直し、)

○移動支援を介護給付に

○食事提供加算の継続を、グループホームから日中活動へ通う人の多くは食事提供加算が該当、この加算がなくなると食材費から食費になり自己負担が増額になり、障害基礎年金を主たる所得にしている人の経済的負担が増してくる。

○消防法施行令、建築基準法等でグループホームから退居しなければならない人が増えてきている。省庁間の調整で緩和措置を検討願いたい。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【概要2】

- 相当障害福祉サービスおよび相当介護保険サービスについて
重度訪問介護については、介護保険の訪問介護とは同等のサービスとはいえない。
- 平成元年にグループホームの制度ができて、支援費制度、障害者自立支援法、障害者総合支援法と法律の変遷とともにグループホームの報酬構造、指定基準等が変わってきている。特に障害者自立支援法が施行され1ユニットが2人から10人になり、各地に10人のグループホームが同じ敷地内や隣接地に数カ所できて、隣接する生活介護に通ったり、2ユニットを複数同一敷地内建設するなど大規模化が進んでいる。
このような集約化、大規模化をなくすような方策を検討していただきたい。大規模住居等減算の比率の見直しも必要。(資料参照)
- 障害福祉サービスを受ける利用者へのヒアリングも実施してほしい。また報酬改定にあたり、法改正事項とともにわかりやすい情報提供をしていただきたい。

視点—3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

- 障害者自立支援法施行時から障害者の範囲も広がり、障害福祉サービスを提供する事業所も規制を緩和する事で大幅に増加し、利用者も増えてきている。この状況をどうとらえるかが問題であると思う。
しかし、事業所の質を高めるためには規制緩和している事業所の設備基準を設けるとか、障害福祉サービスの提供時間、児童の区分による報酬の傾斜化などを見直しする必要があるのではないか
- 障害福祉サービスに従事している職員の給与は、経営実態調査等で一般の企業と比べて低い実態があり、契約職員、パート職員、アルバイト職員が常勤換算を確保するために雇用されている実態がある。
- 持続可能な制度としていくためには、障害福祉に係る人材の確保、安定的な給与体系を確保しつつ各事業の見直しをする事が必要である。

グループホームは今！

○平成元年に誕生したグループホーム。住居数100カ所、入居者数437人でスタート

○平成29年4月には、事業所数7,076、住居数20,283、サテライト住居522、

○平成29年(2017)3月の国保連データでは、

入居者は介護サービス包括型 91,708人

外部サービス利用型 16,594人 合計108,302人

○知的障害者からスタートしたグループホーム制度は、精神障害者、身体障害者、難病者と対象者を拡大し、さらに入所施設、精神科病院からの地域生活移行の拠点として住居数、入居者とも拡大してきた背景がある。しかし建築基準法、消防法、都市計画法等の関連法の影響の課題を残しながらも家庭から一人暮らしを目指す人たちの体験の場ともなっている。

○グループホームの制度が果たしてきた役割を見直しつつも、一時的にせよグループホームを利用希望する人たちを障害支援区分で利用制限することなく、また障害の重い人たちにも充実した支援・介護が行き届く制度にするために新しいグループホームの在り方を検討したい。

○グループホームを利用している人を障害支援区分で利用制限することなく、非該当、障害支援区分1等の利用者は、就労している人、就労を目指している人、一人暮らしを目指している人、矯正施設から地域移行した人等と利用者像は多岐にわたるが報酬を下げることなく、支援の継続ができる報酬を維持する必要がある。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【詳細版】

①世話人配置基準に新たに3:1, 2:1の基準を新たに設ける必要があります。高齢化、重度化に対応するため、人員配置を手厚くした事業所を評価する。

世話人配置基準は事業所の全体の利用人数に対しての常勤換算上の数字で実施しています。

世話人の業務も制度発足以来入所者の状態像が変わって来ていますので、高齢化、重度対応のグループホームが多くなっていく状況の中、人員配置を手厚くする必要がある事業所には、3:1、2:1の世話人配置によって、手厚く配置ができるように検討してほしい。(介護サービス包括型、外部サービス利用型も含め)

外部サービス利用型は世話人の配置で支援しているので特に見直しは必要。

※生活支援員の配置基準(介護サービス包括型)を上回る生活支援員を配置した場合の加算を検討してほしい。

現在は支援区分に応じた生活支援員の配置基準(常勤換算)がある。

区分6 2.5:1

区分5 4:1

区分4 6:1

区分3 9:1

* 事業者全体の入居者数で区分3以上の利用者の配置基準による生活支援員を配置することになっている。

この基準を上回った生活支援員の配置をしている場合は加配加算を検討してはどうか

【上記見直しの効果】

高齢化、重度化に対応するための職員の確保ができる。

共同生活援助サービス費 2018年4月改定

共同生活援助サービス費 2015年4月改定

生活援助サービス費(新)
(世話を2:1以上配置)を検討

生活援助サービス費(新)
(世話を3:1以上配置)を検討

区分 算定要件	支援区分	報酬単価(単位/日)
生活援助サービス費(Ⅰ) (世話を4:1以上配置)	区分6	668
	区分5	552
	区分4	471
	区分3	385
	区分2	295
	区分1以下	259
生活援助サービス費(Ⅱ) (世話を5:1以上配置)	区分6	617
	区分5	501
	区分4	420
	区分3	334
	区分2	244
	区分1以下	212
生活援助サービス費(Ⅲ) (世話を6:1以上配置)	区分6	584
	区分5	467
	区分4	387
	区分3	301
	区分2	211
	区分1以下	182

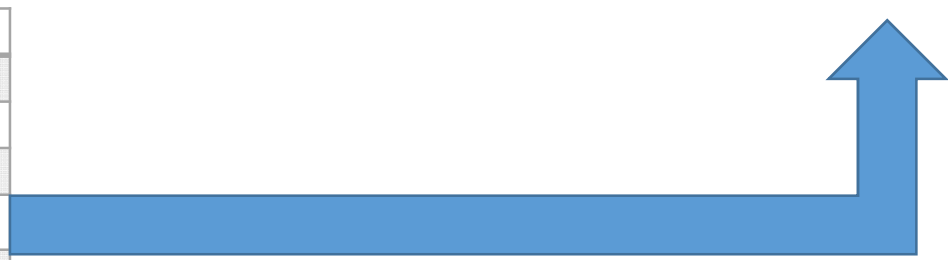
前回の報酬改定

障害支援区分4、5、6の報酬の見直しが行われた。
一人1日 22単位から24単位の報酬アップが実現した。
区分1以下から区分3に関しては1単位の報酬アップ

共同生活援助サービス費 2018年4月改定

共同生活援助サービス費 2015年4月改定

生活援助サービス費(体験入居)
見直しを検討



区分 算定要件	支援区分	報酬単価(単位/日)
生活援助サービス費(Ⅳ) (体験利用)	区分6	699
	区分5	582
	区分4	502
	区分3	415
	区分2	326
	区分1以下	289
個人単位で居宅介護等を利用する場合 (特例)世話人配置4:1	区分6	444
	区分5	396
	区分4	365
個人単位で居宅介護等を利用する場合 (特例)世話人配置5:1	区分6	393
	区分5	347
	区分4	314
個人単位で居宅介護等を利用する場合 (特例)世話人配置6:1	区分6	360
	区分5	313
	区分4	281

体験利用は、障害支援区分4、5、6の報酬の見直しが行われた。
一人1日 23単位から24単位の報酬アップが実現した。
区分1以下～区分3は、2単位アップした。
区分4以上の個人単位で居宅介護等を利用する場合の報酬は、
9～10単位報酬がアップした。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【詳細版】

②共同生活援助の加算関係

・日中支援加算(Ⅱ)の初日からの算定、27年報酬改定でも論議の対象になったが、グループホームの報酬構造に土日祝日の日中の支援分の報酬が含まれているとの解釈は、現在の多様な入居者の実態と支援の実態とを併せて見直しが必要。初日からの算定には入院時支援加算。帰宅時支援加算も同様に見直しが必要。

またホームヘルプサービスを利用していない時間帯での算定も検討していただきたい。

・重度障害者支援加算の対象者拡大(外部サービス利用型にも)、

外部サービス利用型はサービス管理責任者、世話人の配置で運営している。支援区分2以上で身体介護が必要な場合外部の受託介護を受けられるが、強度行動障害等で支援区分6の利用者の場合重度障害者支援加算が非該当になっている。管理者、加配された生活支援員が強度行動障害養成研修を受講した場合に加算の算定を

またホームヘルプを利用していない時間帯での算定も検討していただきたい。

・重度障害者支援加算の対象者拡大

現在の対象者は、重度包括支援対象の支援区分6の利用者に限られている。区分4, 5の利用者で強度行動障害者で行動関連項目10以上の対象者、区分5で療養介護対象者にも対象者拡大を。この場合の報酬は段階を設けることも検討していただきたい。

・地域生活移行個別支援特別加算の見直し、算定基準の緩和、加算対象を日中活動事業所にも拡大を

算定基準の社会福祉士、精神保健福祉士に介護福祉士を追加していただきたい。また保護観察所からの特別調整の対象者しか対象にならず、矯正施設からの地域生活移行希望者にも対象拡大を、また日中支援事業所にも対象事業所を拡大することを検討していただきたい。

○夜間支援等加算の報酬の見直しが必要である。夜勤者の休憩時間に関しては、労基署から休憩時間は手待時間で休憩時間の間は別な職員の配置を求められている。現在の夜間支援体制加算では、人件費が少なすぎるので見直しが必要。(資料参照)

○障害のグループホームの入居者の高齢化が進んできている。本人の希望で見取り支援を希望する場合も増えてくる事が予想できるので認知症グループホームにある見取り支援加算を創設していただきたい。

○重度訪問介護の訪問先拡大について

重度訪問介護による医療機関に入院した者への訪問先の拡大については、重度訪問介護を認められている者については、区分6でなくても入院時の対応が必要となるため、重度訪問介護の対象となる場合にはすべて対象としてほしい。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【詳細版】

○自立生活援助に関して、常勤の職員を配置できる報酬に、対象者を限定しないで、利用希望者を拡大する。既に一人暮らしをしている人、結婚生活している人、親元から一人暮らしをする人、学校を卒業して一人暮らしをする人も対象に。

○非該当の人で利用できる障害福祉サービスは訓練給付の就労系事業と共同生活援助、非該当の人のグループホーム利用の継続を、区分1以下の報酬は、一人暮らしを支える支援のため現報酬は維持すべきである。

①障害福祉サービスの申請時に介護を希望すると答えた場合でも、障害支援区分の認定手続きの判断基準により、認定されるかどうかの判断がされることになっています。しかし、身体介護が必要ないと本人が答えると障害支援区分の認定手続きが実施されず、非該当になる場合があります。身体介護以外の介護、支援が必要な場合は、サービス等利用計画作成で確認する必要があります。

②非該当の利用者が使える障害福祉サービスは、共同生活援助(グループホーム)だけ
もし来年4月(2018年)から非該当の人がグループホームの支給決定を受けられず一人暮らしをしても、非該当なので、居宅介護(家事援助等)も受けられなくなり、大きな問題になる。！支援区分の申請時の聞き取りの課題がある。
(資料 参照)

窓口で、「あなたは、身体介護が必要ですか？」の質問に「私は身体介護は必要ありません」と答えたら
結果 障害支援区分の認定調査を受けれず「非該当に」

訓練等給付では、支援区分の認定調査を受けていない人も多い

宿泊型自立訓練でグループホームに移行する場合、アパート生活を目指して居宅介護を利用したい。外部サービス利用型グループホームで外部からの居宅介護(身体介護)を利用したい人がいた場合でも支援区分の認定調査を受けれずに「非該当」のままに

自立生活援助に関して

この事業の目的は何か。

必要な支援をおこなうという目的の事業なのか。

生活訓練を目的として、訓練を終了するまでの期間を1年と定める事業なのか。

一年間で新しい経験の積み重ねでスキルを獲得して自立支援事業を終了することができる人もいるとは思いますが、継続した支援をおこなうことが必要となる場合も多い。

一年という年限を切って、訓練という目的でおこなう事業ならば、訓練後の支援や見守りが必要となる場合には、どの制度を使って、だれが支援を引き継ぐのかということが描かれていないといけない。自立支援事業では定期的な訪問または随時対応ができることとなっているが、現実的には定期訪問より随時対応を求められることの方が多いと思われる。自立生活支援事業を終了して、ヘルパー利用に移行するとすると、ヘルパーでは随時対応はできない。

必要な支援をおこなうことが目的ならば、1年で年限を切ることは無理がある。継続した見守りや支援がないと生活が崩れてしまうという場合も多い。

横浜のアシスタント事業者への聞き取りの中では、アシスタント事業を使って支援者が通院等に同行している支援が多い。

特に通院は、医師との調整で、医師の診断を確認し、生活に反映していく内容について本人と調整することが多い。1年で事業が終了すると、生活が崩れることにつながるのではないか。この調整はヘルパーではできないのではないか。

同じく、アシスタント事業者への聞き取りの中で、ひとり暮らし支援で大切にしていることは、「自らSOSを発信できるようになること」との記述がある。本人がSOSを発信できるようになった後、だれがSOSを受信し、それにだれが対応していくのか。

自立生活支援事業を終了したとしても、その後の状態の変化、環境の変化が生じる場合も多く、長期的な見守り体制が必要となると思うが、事業終了後見守りをおこなうのはだれなのか。

1年を超えて継続が必要な場合には、その必要性については市町村審議会で審議することとなっているが、長期的な見守りが必要な場合が多いことから、審議会での審議ではなく、サービス等利用計画の更新による手続きの過程で再アセスメントをおこない、継続か、終了か、必要な支援や見守りがある場合には、どの制度を使ってだれが支援を引き継ぐのか、決めていく流れが現実的なのではないか。

○65歳問題に関して

①グループホームの65歳問題

既にグループホームを利用している入居者が65歳になって支給決定が取り消される事はないが、新たに65歳以上でグループホームを利用する場合に身体障害者の場合65歳以前に障害福祉サービスを利用している実績（補装具の支給も含む）がある場合、支給決定できるようになっている。知的障害、精神障害、難病等で65歳以上で新たな利用希望がある場合、身体障害と同様な支給決定を考慮してほしい。

介護保険のグループホームでは、障害基礎年金2級では生活できません。

②生活介護の支給決定を受けている利用者が、一方的に介護保険に移行するのではなく、あくまでも本人の自己決定を優先してください。

○就労継続A型、就労移行支援の支給決定は65歳までになっている。働く意欲のある利用者には継続して支給決定の延長を

理由 就労継続A型で働いているが、65歳で支給決定が打ち切られた場合、最低賃金以上で雇用されていた障害者が、就労継続部B型などに支給変更になり、就労継続A型の賃金が確保できなくなり、生活の困難性がでてくる。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【詳細版】

○相当障害福祉サービスおよび相当介護保険サービスについて

重度訪問介護については、介護保険の訪問介護とは同等のサービスとはいえない。

相当障害福祉サービスに含まれる「居宅介護および重度訪問介護」は、相当介護保険サービスに含まれる「訪問介護」となっているが、「重度訪問介護」は介護保険の「訪問介護」と同等のサービスとするのは問題ではないか。

重度訪問介護を受けている人の中には、危険防止のために常時の見守り支援が必要な人もいる。その場合は、支援者があまりはなれずについていることが必要である。介護保険の訪問介護と同等のサービスと記載されることで、65歳になったら介護保険利用に移ってほしいという話が出ることになるのではないかと危惧するところであるが、制度化にあたっては、障害福祉サービスと介護保険サービスについて、それぞれのサービス内容が一致しているのかどうか、適切に検討する必要がある。

同等のサービスであっても、障害福祉サービスと介護保険サービスの内容の違いがある。

これまでも65歳を超えたら介護保険サービスを優先するというルールに基づいて、介護保険を利用している人がいるが、同等のサービスであっても制度のちがいからその時間数等のちがいが生じる場合がある。

たとえば、障害者サービスで居宅介護を受けていた人が、介護保険の訪問介護に移ったのち、介護保険の制度に基づいて時間数が決定され、サービスを受けられる時間が減少している場合がおおい。障害者サービスと介護保険サービスの制度内容の違いによる変更が生じた場合、減った分について障害者サービスで補うことが必要。

○障害者グループホーム入居者が認知症を発症した場合

知的障害のある人が認知症を発症した場合、介護保険の認知症高齢者のグループホームに移ってほしいという話がでることがある。

知的障害と認知症が重複している状態になって新しい場所に移ることは難しく、本人も家族もそのまま今のグループホームでの生活を希望することも多い。

共生型事業に関して

○現在の共生型事業の実施にあたり施設整備の補助金は、住居型とサロン型に出ている。

住居型であれば、高齢者と障害者が共に暮らしていく実践が各地で行われている。また高齢者、障害者が相互に支援者として働いている実践もある。

地域に溶け込むように、住居・定員は大きくならないように配慮すべきである。

○共生型等での日中活動に関して65歳になったからと安易に介護保険のサービスに移行誘導するのではなく、障害のある人の自己決定を尊重すべきである。

○高齢障害者の障害福祉から介護保険のサービスへ移行する場合の利用者負担に関しては、対象者の障害福祉サービスの利用年限、既に介護保険のサービス利用者に負担の格差が生じないような配慮をお願いしたい。

○就労定着支援に関して

○就労定着支援の対象者に高等支援学校等の卒業生も対象に高等支援学校等の卒後支援だけでは不十分であるので

- ①就労に伴い生じている生活面の課題に支援対象が限定されている点は見直してほしい。就労定着に伴う課題は複数種類や領域にわたることが多く、職場での関係調整が必要な場合もある。課題が企業に起因する場合も多く企業支援と定着支援は密着に関係している。
- ②就労移行支援等の利用を経て一般就労へ移行した障害者に限定せず、在宅や特別支援学校から一般就労した障がい者も対象にするべき。
- ③定着支援の期間や回数については、個々の状況に合わせた対応ができるようにしてほしい。その為には、個別の支援計画を必須とすることが必要ではないか。
- ④就労定着支援に従事する職員の要件資格として第1号ジョブコーチを必須とし、また、就労定着支援業務の実務経験5年以上の者とした一定の支援の質を担保する条件が必要ではないか。
- ⑤現行の就労定着支援体制加算は就労移行支援事業の実績評価に有効であるため、定着支援事業の影響を受けることなく、存続させてほしい。

○短期入所に関して(日中利用の復活を！一日中一時支援は選択事業なので、どこでも使えるように。単独型短期入所の報酬の見直し、)

障害者自立支援法になり、短期入所の日中利用がなくなり、地域生活支援事業で日中一時支援事業が誕生した。

しかし選択事業なので全ての市町村が実施しているわけではない。既に医療型短期入所では、日中利用ができるようになっているので、福祉型短期入所でも日中利用を復活することで、地域間格差の解消になる。

(例北海道では、179市町村中 日中一時支援を実施している市町村は121市町村 平成29年3月現在)

○移動支援を介護給付に

○食事提供加算の継続を、グループホームから日中活動へ通う人の多くは食事提供加算が該当、この加算がなくなると食材費から食費になり自己負担が増額になり、障害基礎年金を主たる所得にしている人の経済的負担が増してくる。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【詳細版】

労働基準法関係

<状況>

最近、各地域でグループホームの夜間支援での休憩時間の取扱いについて、労基署から労基法上、問題にされるケースが発生しています。労基法上と言う「休憩時間」とは、「外に自由に出入されるなど、通常の労働から完全に解放された状態」であり、「グループホーム内での待機状態は休憩時間とは認められないため、深夜帯の割増賃金も含め賃金を支払うこと」と命じられる事例が出ています。しかし、グループホームの夜間支援等体制加算の報酬額は、それだけの賃金を支払うものにはなっていません。また同様のケースは重度訪問介護での単身障害者の泊まり介護においても発生していますが、重度訪問介護の国庫負担基準は、それを保障する報酬設定にはなっていません。（また労基署にはH26年4月に示されたグループホームの夜間支援のQ&Aの内容も示していますが、労基署からは「福祉部局と労働部局のすり合わせの上、発出されたものとは考えにくい内容」と言われています。）

これらグループホームや重訪介護における宿泊勤務での休憩時間の取扱い及び報酬額について、厚労省内の労働基準局と調整・整理することなく設定されてきた経過があることから発生しており、このまま放置されれば、夜間支援から撤退する事業所も出かねない状態です。

通常、グループホームや介護現場においては、休憩時間と言えど「外に出られるなど全く自由な状態」とすることはありえず、その部分について労基局と福祉労働現場の実情に見合った労基法上の考え方を早急に整理することが必要です。また「最低賃金×深夜帯割増×待機時間も含めた勤務時間数」や「休憩時間を確保するための複数職員配置体制」を保障する報酬単価設定ならびに国庫負担基準額を設定する必要があります。

<要望>

深夜帯の職員配置体制ならびに休憩時間の取扱いについて、福祉労働現場の実情に見合った対応を可能とするよう、早急に労働基準局と労基法上の考え方を整理するとともに、待機時間も含めた報酬、ならびに国庫負担基準額を設定して頂きたい。

○消防法施行令、建築基準法等でグループホームから退居しなければならない人が増えてきている。省庁間の調整で緩和措置を検討願いたい。

<状況>

消防法令改定に基づくスプリンクラー設置(消防法施行令による連動式自動火災報知機の設置も含む)によって、退居を余儀なくされたり、賃貸物件を利用できなくなるなどの問題が発生しています。またスプリンクラー等の課題で移転する場合も、今度は建築基準で寄宿舍扱いされ、賃貸物件が利用できなかったり、地域住民の猛烈な反対運動によって新設を断念せざるを得ない事例が出ています。

<要望>

① 消防法令において、障害者グループホームを社会福祉施設ではなく、地域における「すまい」と位置づけ直し、スプリンクラーの設置に関して、「小規模で夜間の支援体制があるホーム」については免除するよう、緩和措置の拡大について消防庁に働きかけて頂きたい。

併せて、今年度末までの経過措置の延長、グループホームを違反対象物の「公表制度」から除外するよう見直しを働きかけて頂きたい。

平成26年度障害福祉サービス等制度改正に関するQ&Aから(平成26年4月9日)

問18 グループホームの夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定するには、夜勤を行う夜間支援従事者を配置し、利用者に対して夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な介護等の支援を提供できる体制を確保する必要があるが、その一方で、労働基準法においては、使用者は、労働時間が6時間を超える場合においては少なくとも45分、8時間を超える場合においては少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならないこととされている。

そのため、グループホームの夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定するには、夜間支援従事者の配置は1人では足りず、夜勤を行う夜間支援従事者を2人確保するか、夜勤を行う夜間支援従事者1人に加えて、宿直を行う夜間支援従事者を1人確保することが必要となると解するがどうか。

(答)

○ 夜間支援従事者には、労働基準法第34条の規定に基づき、適切な休憩時間を労働時間の途中に与えなければならないが、当該夜間支援従事者が夜間及び深夜の時間帯に休憩時間を取得している場合であっても、休憩時間を配置されている共同生活住居内で過ごす場合は、利用者に対して夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な介護等の支援を提供できる体制を確保しているものと取り扱って差し支えない。

この場合において、仮に休憩時間中に当該事業所を離れる場合は、あらかじめ、十分な時間的余裕をもって使用者にその意向を伝え、使用者が当該時間帯に必要な交代要員を当該事業所内に確保する必要があること。

○ なお、労働基準法第89条において、休憩時間を就業規則に明記しなければならないこととされているため、常時10人以上の労働者を使用するグループホームにあっては、就業規則において、夜間及び深夜の時間帯のうち、休憩時間とする時間帯をあらかじめ明示的に定めておく必要がある。就業規則において休憩時間を一義的に定めがたい場合にあっては、基本となる休憩時間として夜間及び深夜の時間帯のうち休憩時間とする時間帯をあらかじめ明示的に定めるとともに、休憩時間については具体的に各人毎に個別の労働契約等で定める旨の委任規定を就業規則に設ける必要があり、さらに、個別の労働契約等で具体的に定める場合にあっては、書面により明確に定めておく必要がある。なお、常時10人以上の労働者を使用しているグループホーム以外であっても、労働条件を明確化する観点から、就業規則を作成することが望ましい。

○ また、当該時間帯は当該夜間支援従事者が就労しないことが保証されている時間帯であるが、仮に入居者の病状の急変等に対応して当該夜間支援従事者が労働した場合には、当該労働に要した時間に相当する時間を当該夜間及び深夜の時間帯の中で別途休憩時間として取得する必要があるため、別途の休憩時間を取得した場合にはその旨を記録しておく旨の取扱いを定めておくことが望ましい。

資料提供 石狩市、札幌市
社会福祉法人 はるにれの里

平成30年度報酬改定に伴い、検討していただきたい内容
人材確保が困難な時代に労働基準法の壁が高く、夜間及び深夜帯の支援体制確保が困難



労働基準法をクリアーするためのモデルホームの収支比較

グループホーム運営に係る事業活動収支
(家賃・食費・水光熱費を除く、運営に関する収支)

【1ヶ月の収入】

Aホーム 入居利用者: 区支援区分6×4名

<算定加算>

共同生活援助 I (6)	765,000
夜間支援体制加算 I (3)	380,000
福祉専門職員配置加算	8,000
医療連携体制加算	45,000
重度障害者支援加算	412,000
帰宅時支援加算	4,000
処遇改善加算	117,000
平均的な月の請求金額	1,731,000

1,614,000

処遇改善加算を除いた額

差額 259,600円

(利用者1人あたりの夜間支援体制加算
に換算すると211単位)

現在の夜間支援体制加算 I (3) 336単位⇒
547単位あれば、運営が可能

【労働基準法をクリアーした支出】

職員数 3名(夜勤10回/日勤7回)+深夜帯見守りアルバイト

【1ヶ月の支出】

人件費支出 1,590,000

【内訳】

職員人件費 @410,000×3名=1,230,000
(賞与・福利厚生費含む)

深夜巡回アルバイト@12,000円×30日)

事業費支出 31,600 (年間予算を按分)

事務費支出 180,000 (年間予算を按分)

その他の活動による支出 72,000 (年間予算を按分)

合計 1,873,600

一人当たりの職員給与例(年間)

基本給	2,163,000
諸手当	1,030,000
賞与年間	1,011,200
社会保険料	670,252
労働保険料	45,425

合計 4,919,877

【意見・提案を行う背景、論拠】

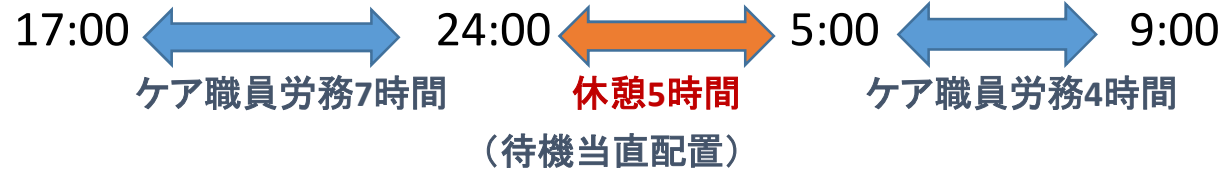
当法人では33ホームすべてに専任のケア職員を配置して夜間支援体制を実施している。

職員の勤務時間は17時から翌朝9時まで深夜時間5時間のホーム内待機休憩を保障し、かつエリア内待機職員を配置してきた。また、1ヶ月の所定労働時間を超えた部分は時間外手当を支給してきた。しかし、休憩時間は労基署の指導に「手待ち時間」として労働時間として計算するよう指導が入り、今後、深夜の休憩時間5時間についてアルバイトを導入することにより、ケア職員の休憩を保障することとなった。

労基法による1ヶ月の変形労働時間の導入を前提で月の所定労働時間を守った場合とその月の必要とされる土日を中心とする日中見守り支援勤務も含めると一つのホームに3人（現在1.5から2人）の専任ケア職員が必要とされる。

こうした背景根拠により、今後の夜間支援体制加算を含む重度障がい者のグループホームの収支を考えたとき、ケア職員増と夜間休憩アルバイトの導入により別紙の通りの不足額が生じるといわざるを得ない。

当法人のグループホームケア職員の勤務形態(1か月の変形労働時間の導入)



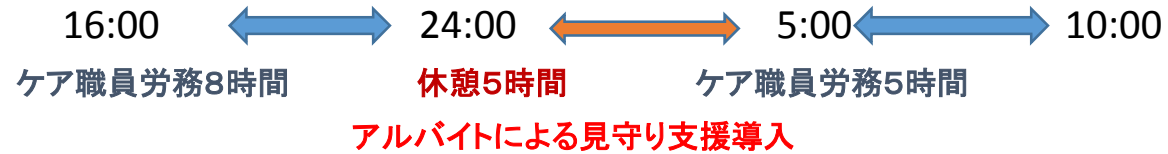
31日の場合 専任二人 平均超勤24時間

Aケア職員1ヶ月の夜勤回数 14回 × 11時間 ÷ 154時間
日勤 6回 × 8時間 ÷ 48時間 計202時間

Aケア職員1ヶ月の夜勤回数 14回 × 11時間 ÷ 154時間
日勤 6回 × 8時間 ÷ 48時間 計202時間

Cバックアップ職員夜勤回数 3回 × 11時間 ÷ 33時間
(生活介護事業所職員等)

改善の方向



31日の場合 専任三人 超勤なし

Aケア職員1ヶ月の夜勤回数	10回 × 13時間 ≒ 130時間	
日勤	6回 × 8時間 ≒ 48時間	計178時間
Bケア職員1ヶ月の夜勤回数	10回 × 13時間 ≒ 130時間	
日勤	6回 × 8時間 ≒ 48時間	計178時間
Cケア職員1ヶ月の夜勤回数	10回 × 13時間 ≒ 130時間	
日勤	6回 × 8時間 ≒ 48時間	計178時間
Dバックアップ職員夜勤回数	1回 × 13時間 ≒ 13時間	
(生活介護事業所職員等)		

窓口で不利益を受けている人はいないか！

障害支援区分の認定手続き

	認定手続きが必要な者	認定手続きが不要な者
指定共同生活援助(介護サービス包括型)事業所	入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する障害者	入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続きは不要であると判断された障害者
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	日常生活上の援助など基本サービスに加えて、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者	日常生活上の援助など基本サービスのみを受ける障害者(受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望しない障害者)であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続きは不要であると判断された障害者

重度対応型グループホームについて

1. 前提として

(1) 入居利用者への必要支援時間の確認として

① 平日240日(日中活動利用日・日中不在)、休日125日(土日祝祭日・夏季冬季休暇)

※これは、そのまま常勤スタッフの標準的年間所定労働日数にも該当する

(2) 重度の内容によって支援の中身が変わる

① 日常生活の多くの場面で身体介助や発作の見守りと対応、医的ケアを必要とする人達

② 重い発達障害等により専門的スキルにより支援を必要とする人達

※いずれの場合も特化した建物と設備が必要であり建設費に影響するため施設整備費に加算を創設すべきである。

2. 重度心身障害者・重度重複障害者のグループホームの場合(定員4人を想定、定員増に比例して支援員も増える)

一つのホームに夜間以外は最低3人のスタッフ配置が必要となる。

場面として～利用者A入浴(スタッフ1・50分・全介助にて着脱衣・洗体洗髪・ドライヤー)

利用者Bトイレ(スタッフ2・15分・移乗・下半身着脱衣・衣類交換台にて清拭)

他の利用者2～3人(スタッフ3・見守り等)

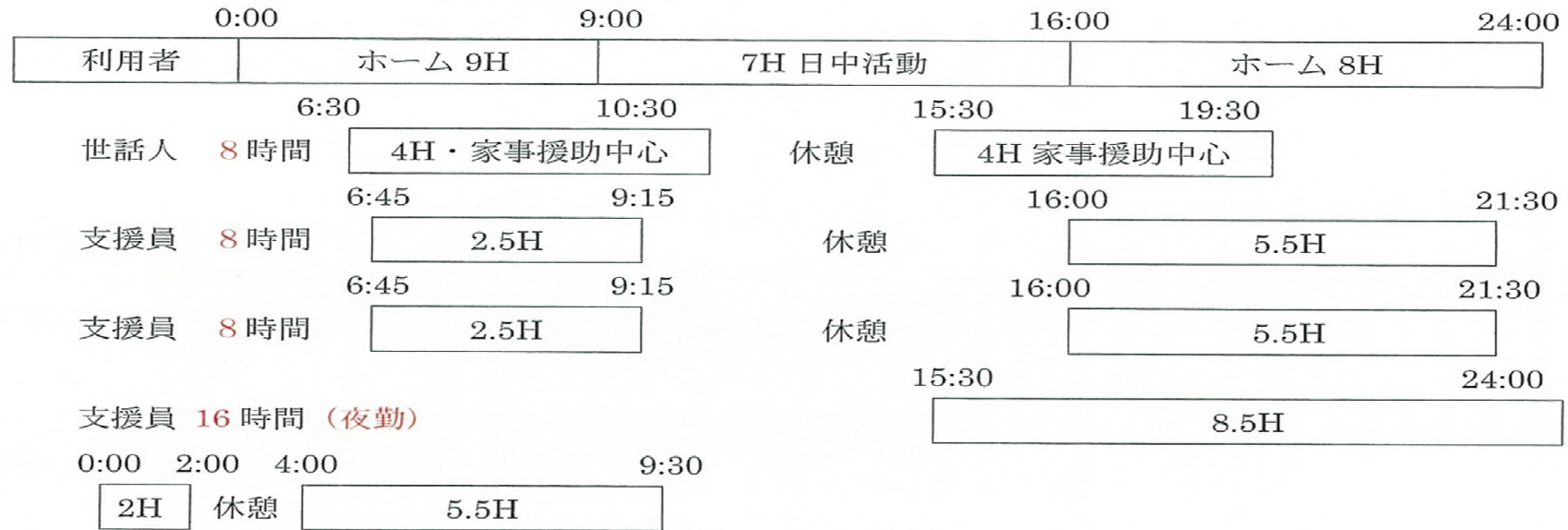
※重度の方が利用するホームほど支援が分業化する

(調理・掃除・洗濯といった家事援助  専門的介助・専門的支援)

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【資料】

(2) 平日・休日の具体的必要勤務時間数

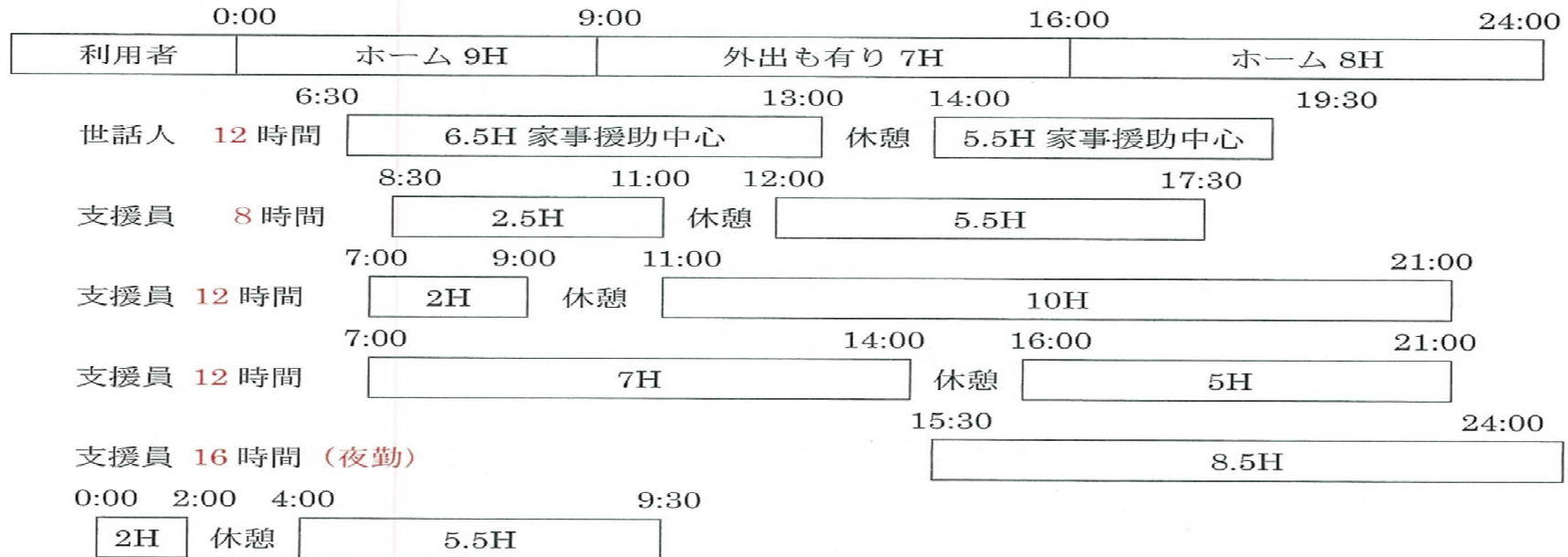
【平日の利用者動向と支援者勤務パターン・年間 240 日】



平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【資料】

【休日の利用者動向と支援者勤務パターン・年間 125 日】

※労基法の関係から6時間を越える連続勤務に休憩を付与しなければならず場面的には支援員が二人になる。また、全員が車椅子の場合行事等の外出時は他方からの応援が必要となる。



平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【資料】

【GHスタッフ必要年間所定労働時間及び人数】

- 《世話人》 (平日 8H×240日=1920時間) + (休日 12H×125日=1500時間) =3420時間
 ※ 3420H÷1920H=1.78人となるが、会議、研修、各種有給休暇等を考えると40時間の常勤世話人が2人必要となる。
- 《支援員》 (平日 8H+8H+16H) ×240日 =7680H・・・①
 (休日 8H+12H+12H+16H) ×125日=6000H・・・②
 ※ ①+②=13680H÷1920H=7.13人となるが、会議、研修、各種有給休暇等を考えると40時間の生活支援員が8人必要となる。

(3) 人件費必要額と報酬単位

①人件費必要額・・・含む法定福利費・各種手当

(世話人・年額350万円×2人=700万円) + (支援員・年額400万円×8人=3200万円) =3900万円

定員	必要スタッフ	必要人件費(A)	(A)÷定員/365日	1日あたりの必要単位
4人	世2人・支8人	3900万円	3900万円÷4人/365日	26,713円
5人	世2人・支8人	3900万円	3900万円÷5人/365日	21,370円

※この他に、各種加算は別途付くようにすべき。

3. 障がいの重い利用者のグループホームのあり方について(要望)

(1) グループホームにおける個人単位のホームヘルプサービスの利用は恒久的な制度とすべきであり、併せて市町村における負担を軽減する意味からも国庫負担基準の引き上げを早急に実施すべき。

身体障害を伴う重度のグループホーム利用者には1ヶ月あたり300時間のホームヘルプサービスの支給量が必要であるが、現行の国庫負担基準ではその6割にも満たない。

※ 現行国庫負担基準～重度訪問介護区分6→47, 490単位、重度包括対象者でホームヘルプサービス利用者→69, 070単位、 重度障害者包括支援対象者→84, 320単位。

(2) 重度障害者等包括支援を制度として充実させようという考え方もあるが、その場合、現在個人単位のホームヘルプを利用しており重度包括の対象とならない層への配慮として、対象範囲を緩和するなど具体的配慮が必要と考える。

(3) 上記2点が無理な場合は、2. で前述したように必要十分な人件費を「本体報酬」又は「重度障害者支援加算」を充実させ保障すべきと考える。

○高齢・重度対応グループホーム

基本的には、生活の場については、高齢・重度の人だけを集めたところを作って、そうなった人は移っていくということではなく、その人が望むなら同じところに住み続けられるように、サービスサービスの量と質あげることにより対応すべきである。

○また、意思決定支援のガイドラインが策定され、その取り組みがはじまったところであるが、今後、意思決定支援は重要性を増してくる。

意思決定支援に取り組むためにも費用がかかるため、報酬額に反映したものとすることが今後必要である。

グループホームにおいて、個人単位の居宅介護を利用する特例の必要性
(資料提供 京都市 社会福祉法人 世光福祉会 ベテスタの家)

【最近のグループホーム入居者の傾向】

- ・区分5及び6の支援がより必要な方の利用が増えてきている。(重度化)
 - ・65歳以上の入居者も今後は増加が見込まれる。(高齢化)
 - ・知的障害の割合が高く、行動障害がある方の受け止めも求められている。
(専門化)
- 上記の観点から、より個別の支援をいかに確保できるかが重要になっている。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【資料】

【重度包括支援その他の支援の運営面からの比較】
 ・より手厚い支援体制の仕組みとして想定できる制度を比較してみた

	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7
	重度包括			重度訪問		個人単位(定員2ホームでヘルパー2夜勤1の場合)	個人単位(定員4ホームでヘルパー3夜勤1の場合)
支給内容	日中8時間	日中12時間	日中16時間	一日18時間	一日24時間	身体3.5h/日	身体3.5h/日
対象時間	10時-18時	8時-20時	6時-22時	6時-24時	0時-24時	1h2回、1.5h1回	1h2回、1.5h1回
報酬単価	1600単位/日	2470単位/日	3450単位/日	3500単位/日	4600単位/日	1740単位/日	1740単位/日
支給内容	グループホーム	グループホーム	グループホーム			グループホーム	グループホーム
対象時間	18時-翌10時	20時-翌8時	22時-翌6時			16時-翌10時	16時-翌10時
報酬単価	977単位/日	977単位/日	977単位/日			755単位/日	755単位/日
支給内容						生活介護	生活介護
対象時間						10時-16時	10時-16時
報酬単価						1600単位/日	1600単位/日
報酬単価合計	2577単位/日	3447単位/日	4427単位/日	3500単位/日	4600単位/日	4095単位/日	4095単位/日
必要な人件費相当単位							
	生活介護1.7対1	生活介護1.7対1	生活介護1.7対1	日中対応ヘルパー	日中対応ヘルパー	生活介護1.7対1	生活介護1.7対1
	常勤換算0.6人	常勤換算0.6人	常勤換算0.6人	8時-16時	8時-16時	常勤換算0.6人	常勤換算0.6人
	1500単位/日	1500単位/日	1500単位/日	1280単位/日	1280単位/日	1500単位/日	1500単位/日
	行動援護ヘルパー	行動援護ヘルパー	行動援護ヘルパー	夕方対応ヘルパー	夕方対応ヘルパー	夕方対応ヘルパー	夕方対応ヘルパー
	2h/日	6h/日	10h/日	16時-22時	16時-22時	16時-22時	16時-22時
	450単位/日	1350単位/日	2250単位/日	720単位/日	720単位/日	720単位/日	540単位/日
	夜勤16h	夜勤12h	夜勤8h	深夜対応ヘルパー	深夜対応ヘルパー	夜勤1/2人	夜勤1/4人
	時間外深夜含	時間外深夜含	時間外深夜含	22時-翌8時	22時-翌8時	22時-翌8時	22時-翌8時
	2600単位/日	1850単位/日	1150単位/日	1440単位/日	1440単位/日	1300単位/日	650単位/日
						世話人1/4人	世話人1/4人
						300単位/日	300単位/日
支出相当単位	4550単位/日	4700単位/日	4900単位/日	3440単位/日	3440単位/日	3820単位/日	2990単位/日
差し引き(日あたり)	△1973単位	△1253単位	△473単位	60単位	1160単位/日	575単位/日	755単位/日
					※人件費率74%	※人件費93%	※人件費73%

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【資料】

- ・【まとめ】
- ・重度包括の場合、1日16時間以上の支給決定が降りているかが重要。1日8時間＋グループホームのみだと運営困難。
- ・重度包括で1日24時間の支給決定があれば、手厚い支援も可能になってくる。しかし人員不足の課題が深刻に
- ・重度包括は一事業所が丸抱えしてしまう危険性が高く、外からの目が入りにくいリスクがないだろうか。
- ・重度訪問の場合でも、1日あたり4000～4500単位の支給量がなければ、支援をつないでいくことは難しくなる。
- ・グループホームで個人単位のホームヘルプを利用した場合、夕方の時間は1対1を確保しつつ深夜は2対1の職員配置。
- ・職員の採用難・人員不足がある中で、勤務シフトを調整することにより一定の工夫が可能になる。
- ・職場内のOJTが実施しやすく、行動障害のある方への専門性の向上が図りやすい。
- ・利用者1人あたり4095単位／日で、定員2人のホームだと人件費率81～86%と運営は苦しい。4600単位／日が望ましい。
- ・定員4のホームで、夜勤1名の支援対応が可能であれば人件費率73%と適正範囲内が見えてくる。
- ・日中・夜間を通じて4100単位／日が目安か。
- ・ただし、土日の日中支援は省略しているので、さらに行動援護など追加の支給決定が求められる。

障害の重い人のGHについて(西宮の実践事例から)

1) 個人単位のホームヘルパーの利用

1. 個人総合計画・個別支援計画(サービス等利用計画)に基づき、支給決定を受けて支援している。
2. 具体的には、利用者ご本人の希望する生活や社会活動の希望を基にウィークリープランを作成している
それに加えて、盆や正月、国民祝日についての支援や、ご本人の状態な急変にも対応できるよう、各事業所は支援を計画化して、実施している。
3. 上記のように、障害者総合支援法に基づく支援、ご家族、ボランティアを含む各種支援の組み合わせより、個人総合計画・個別支援計画(サービス等利用計画)は成り立っており、その計画に基づく支給の決定は、協議の下で計画変更の積み重ねの中で、概ね上手くいっていると言える。
4. GHにおける(特例での)居宅利用は、1対1支援(入居者対支援者)を必要とする各入居者毎のタイミングに応じて支援者を手当てできる、その手当を制度に乗せる事ができる、いわば「必要即応」な重要な支援制度である。
5. GHや居宅介護の報酬に対する人件費率が高いとしても、報酬の制度的安定性があれば、それ自体が直ちに問題だということはない。むしろ、人件費率の問題は、その報酬で人材確保できるだけの賃金が確保できているか、地域労働市場で人材を確保できるのかという事の方が報酬水準を議論するうえでは重要である。
6. 重度障害者のGHにおける看護師の手当は、GHへの配置ではなく、つまりGHの重装備化ではなく、訪問看護や地域医療の展開の中で、個別支援計画に基づき充足すべきではないか。

GHにおける特例居宅利用の例(月当たり)

	A 氏	B 氏	C 氏	D 氏
支援区分	重度包括支援	重度包括支援	重度包括支援	区分6
重度訪問介護 (1人介護)	398h	252h	292h	200h
2人介護	5h(実家帰宅時)	—	—	—
移動加算	30h	50h	60h	50h
医療的ケア	胃婁	先天性腎炎	PTEG・喀痰吸引	喀痰吸引

2) 建築基準法や消防法による社会的規制がGHへ与える影響

- 1.GHの建物の安全性や防災上の安全性の確保について、GH運営者は十分な対応が必要である。そのうえで、下記の通り、現状のGHにたいする規制は、現状認識において齟齬があると思われる。
- 2.2016年6月に改正された建築基準法改正において定期検査が集合住宅3F以上に入居している、合計100㎡を超えるGHにも適応されることになった。これにより、定期的な建築検査における費用の問題や、障害者共同生活援助事業申請時に問題にならなかった、一般住宅から寄宿舍への用途変更の問題が顕著化してくる可能性がある。
- 3.消防法の問題では自動警報装置と自動通報装置の連動が賃貸の共同住宅に入居してGHを行う場合に消防署から共同住宅全体への警報装置に連動させるよう指導があった。賃貸の共同住宅でGH事業を行う場合に費用の負担の問題や不動産事業者や家主からのあらぬ誤解を招き、より一層、GH事業の為の住宅を借りる事が困難になる。

元々のGHの理念は、普通の暮らしを地域の中で行う事ではなかったのか。

- 4.また、GHの為の住宅を貸してくれる不動産事業者や家主が中々居ない為、借りる事の出来る住宅は、古い物件が多くなる傾向がある。

SP設置をしようにも、古い賃貸共同住宅では内装に不燃材料が使われていない為、パッケージ型自動消火設備Ⅱ型も内装不燃を問わない36ℓタイプを設置する事になる。

そうすると、1ユニットの重量が80キロにもなる。それを1住戸50㎡として8個、2住戸で16個も設置する事になる。そうすると、そもそも想定している活荷重を充たす程度であるか、過重量がバランス悪く住宅にかかることになるのではないか。

これは、定期検査で指摘される可能性も高い。

3) 小括

- 1 GHは赤字部門という話を事業者からよく聞く。実際にGHの事業を廃止する事業者も少なくない。そのような状況で、GHにおける特例の居宅利用を廃止すれば、重い障害を持った方のGHの運営はたちまち立ち行かなくなる。
GHにおける特例の居宅利用が出来なくなれば、シェアハウス等の規制の甘い所へ流れていく可能性が高いと思われる。颯ごっこである。
- 2 建基法や消防法の規制が厳しくなって、都市部の共同住居でのGH設置が厳しい状況にある。公営住宅等におけるGHの安全確保のための対応を引照とするなど、民間賃貸住宅におけるGH運営とその安全性確保、それに対する社会的規制の妥当な範囲方法をそろそろ本格的に検討するべきではないか。国が一定の基準を満たすGHを寄宿舍としてではなく、一般住居として認めてほしい。
すでに、GHは制度上(日割り)も性質上(入居者が待機している)も空き部屋があっては経営が厳しい。障害者の親御さんの高齢化も老障介護も問題になっている状況で、GHの整備が上記のような問題で設置が厳しいようでは問題の解決の糸口が見つからない。
また、経営が厳しい状況で新しいGHの設置や設置に伴う費用の増大がGHの設置を躊躇させる事に拍車を掛けている状況である。

グループホームの立地

- 指定共同生活援助事業所の立地については、利用者に対して、家庭的な雰囲気の下、指定共同生活援助を提供するとともに、地域との交流を図ることによる社会との連帯を確保する観点から、入所施設や病院の敷地内に立地されるのではなく、住宅地又は住宅地と同程度に家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中に立地されることについて、都道府県知事が確認することを求めたものである。
- この場合、開設及び指定申請時においては、都市計画法（昭和43年法律第100号）その他の法令の規定や、土地の所有関係により一律に判断するのではなく、指定共同生活援助事業所を開設しようとする場所の現地調査等により、周辺環境を踏まえ、地域の実情に応じて適切に判断されるべきものである。

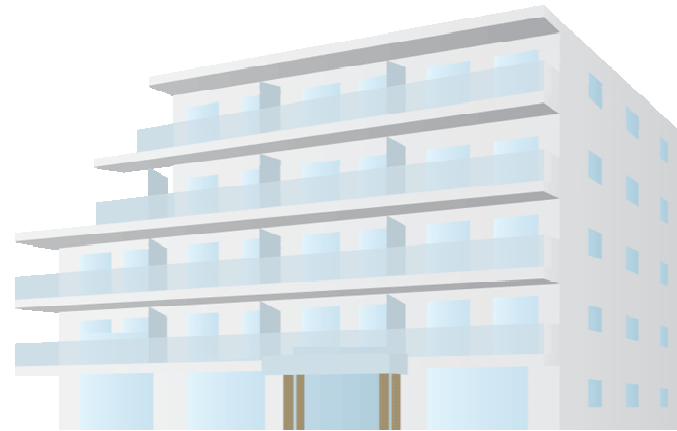
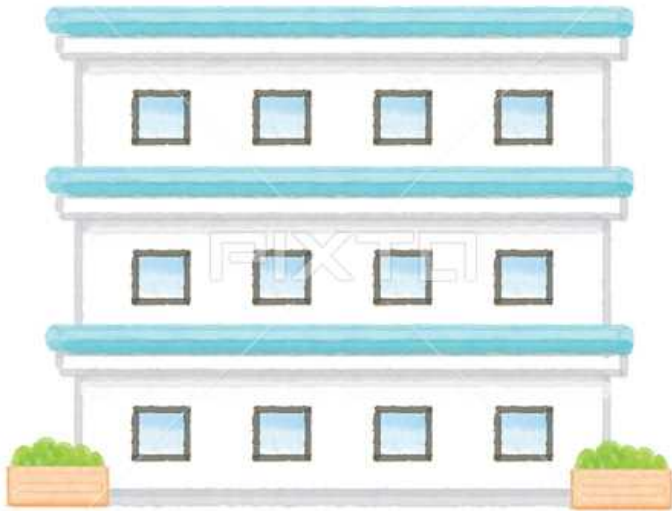
共同生活援助(グループホーム)の共同生活住居の取扱いについて

事務連絡平成26年9月22日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活支援推進室
の見直しを！

マンション等の建物内において複数の共同生活住居を設置する場合であって、当該マンション等の建物内の全ての住戸を共同生活住居にする場合は、その入居定員の合計数が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年9月29日厚生労働省令第171号。以下「基準」という。)第210条第4項及び第5項に規定する共同生活住居の入居定員(新築の建物の場合は2人以上10人以下、既存の建物の場合は2人以上20人又は30人以下)を超えてはならないこと。

つまり、マンション等の建物内の全ての住戸を共同生活住居にするのではない場合は、共同生活住居の入居定員の合計数が基準第210条第4項及び第5項に規定する入居定員を超えても差し支えないと。

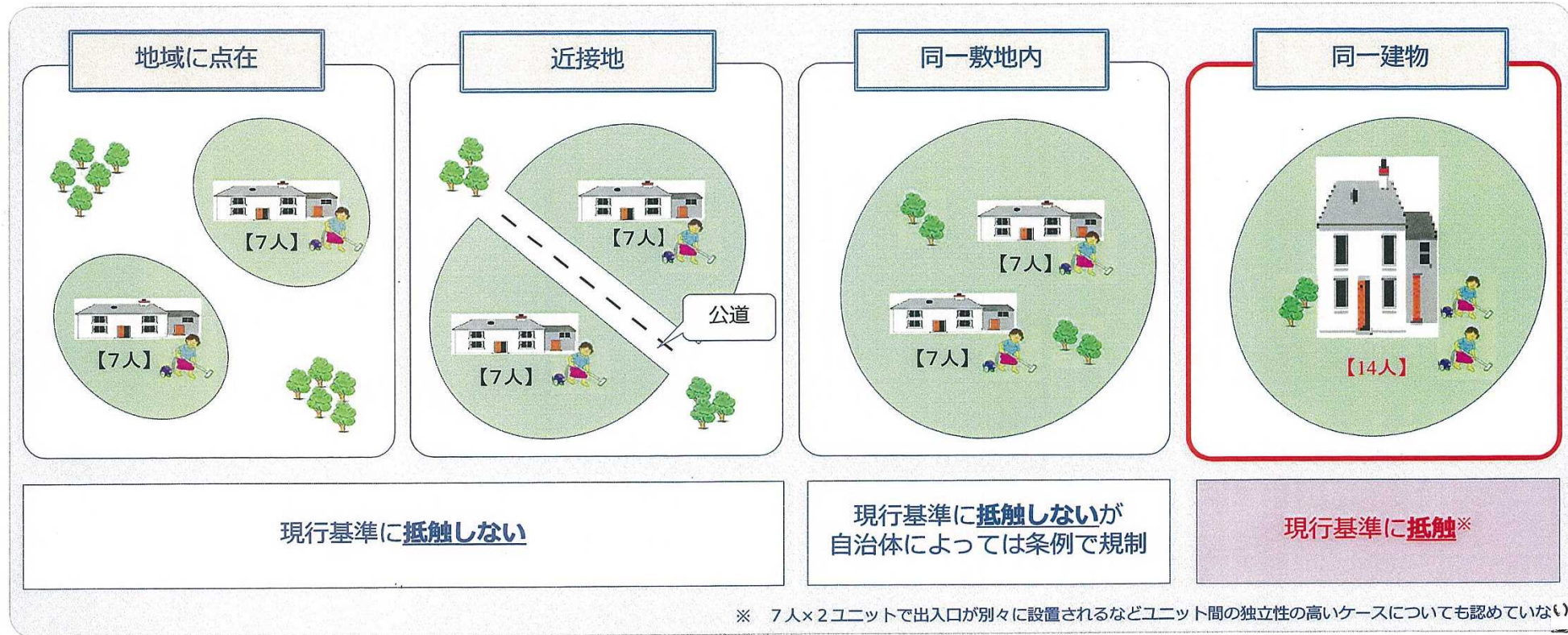
アパート、マンション等のグループホームの解釈



アパート、マンション等の建物内の全ての住戸を共同生活住居にするのでない場合、例えば1室でも一般の住居にするとか、共同生活住居でない用途の部屋(住戸)があるのであれば、従前の入居定員を超えても差し支えない。際限なくアパート、マンション等にグループホーム入居者が住むことができるようになる。
アパート、マンション等に限りなく障害者が集まるようになるのでないだろうか! ?

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【資料】

(参考) 利用定員14人のグループホーム事業所の共同生活住居の設置（新設）形態のイメージ



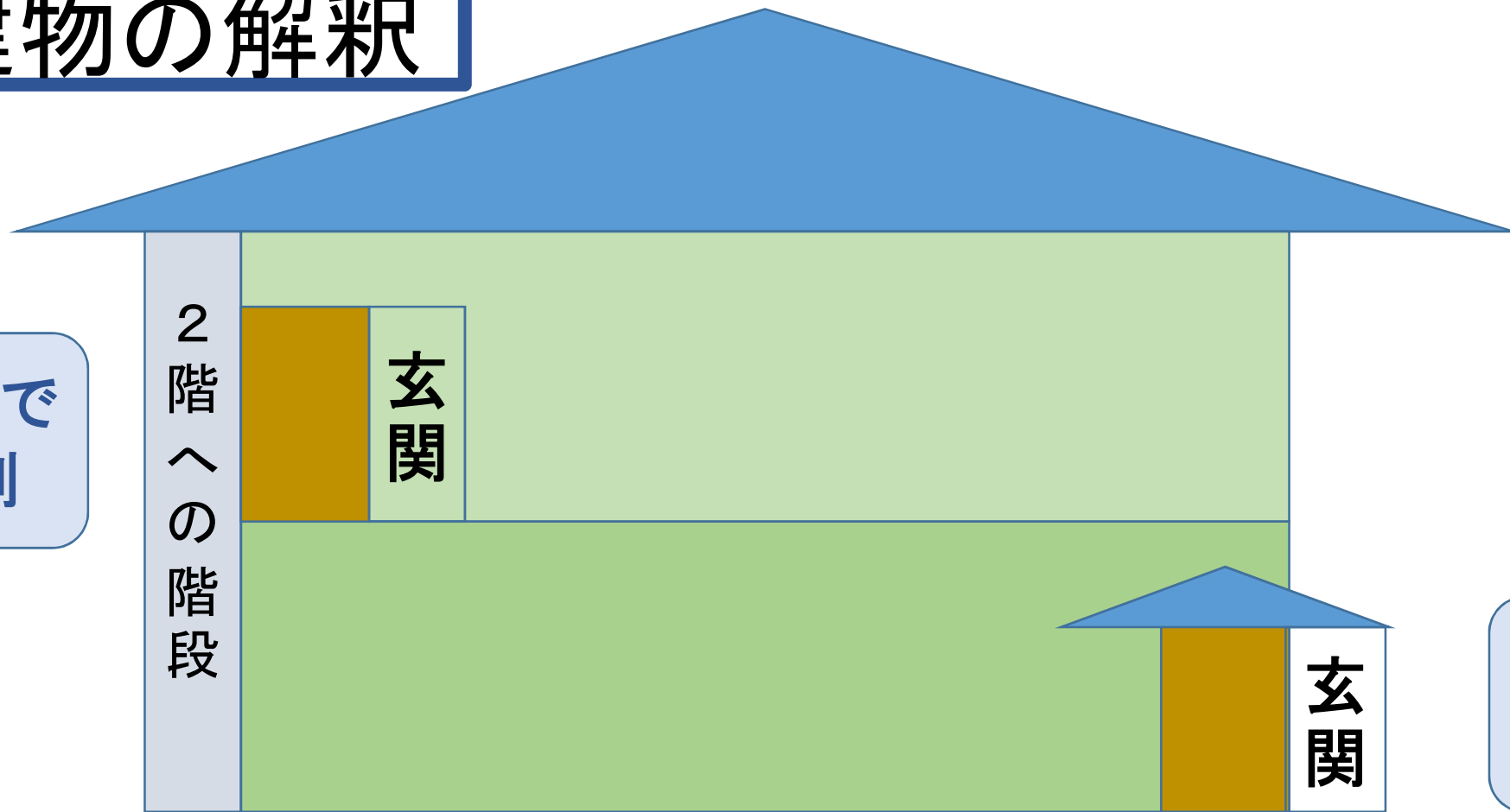
同一建物の解釈

今までは同一建物でユニットに分けても、玄関、階段等が別でも同一の建物の一住居の入居定員と解釈されていた。

- マンション等以外の建物であって、1つの建物内に複数の共同生活住居を設置する場合、その入居定員の合計数が基準第210条第4項及び第5項に規定する入居定員以下である場合は、入口（玄関）が別になっているなど建物構造上、共同生活住居ごとの独立性が確保されている場合は複数の共同住居を設置して差し支えないこと。

同一建物の解釈

2階5室で
玄関別



1階5室で
玄関別

従来は上図では1階5人、2階5人だと1住居10人の住居定員で大規模減算の対象に、今回の見直しでは、それぞれが5人の別住居とみなされる。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会

会長 阿部一彦

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会の概要

1. 設立年月日: 昭和33年6月23日

2. 活動目的及び主な活動内容:

全国63都道府県・政令指定都市の身体障害を中心とする当事者団体と中央の障害種別団体(公益社団法人日本オストミー協会、一般社団法人全日本難聴者・中途失聴者団体連合会)の65団体で構成。障害者の立場から、人権の保障、社会参加の促進、すべての人の社会“Society for All”の実現をめざし活動している。障害の種別や有無にとらわれず、全国組織のネットワークをいかし、国や政党等への要望や政策提言など幅広い活動を行っています。全社協障害関係団体連絡協議会や日本障害フォーラム(JDF)の構成メンバーとしても活動している。

【主な活動内容】

- ・ 日本身体障害者福祉大会の開催
- ・ 中央障害者社会参加推進センター事業
- ・ 障害者相談支援事業及び障害者相談員活動強化
- ・ 障害福祉の向上を目的とした政策提言及び要望活動
- ・ 障害理解促進事業
- ・ バリアフリー促進のための事業
- ・ 出版活動(相談員活動事例集、相談員マニュアル等)
- ・ 機関紙の発行

3. 加盟団体数(又は支部数等): 65団体(平成29年5月時点)

4. 会員数: 約1400団体(加盟団体及び関係市区町村支部)(平成29年5月時点)

5. 法人代表: 会長 阿部 一彦

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

視点1 より高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

- (1) 福祉・介護職員処遇改善加算の継続について
福祉・介護人材の確保が困難な状況を解決するためには、労働環境の改善や職員の資質の向上につながる福祉介護職員処遇改善加算の継続を行う必要がある。
- (2) 居宅介護、同行援護及び行動援護における特定事業所加算の継続について
在宅生活の充実を図るには、居宅介護、同行援護及び行動援護におけるサービスの質の向上を維持する必要がある、そのために特定事業所加算の継続が求められる。
- (3) 食事提供体制加算の適用期限の延長等について
通所サービスを利用する低所得者の食費負担を軽減し、利用者の栄養補給、健康維持のために、食事提供体制加算を延長していただきたい。

視点2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

- (1) 重度障害者が利用できるグループホームの運営を可能にするための基礎報酬と加算の拡充について
重度障害者が利用できるグループホームを運営するための報酬の基礎単価及び夜間支援等体制加算、重度障害者支援加算の拡充をしていただきたい。
- (2) グループホームの設置運営方法の違いにもとづく報酬単価について
設置運営方法の違いによって長期的な経済的負担が求められる場合があるので、その解消を図り、グループホーム設置を動機づけるために、グループホームの設置運営方法によって報酬単価に差を設けてほしい。
- (3) 訪問系サービスにかかる国庫負担基準について
障害が重度であっても地域で生活することを望む障害者が多く、地域移行は障害者施策の大きな柱である。そこで重度障害者の地域での生活の実現を妨げることがないように、訪問系サービスにかかる国庫負担基準に関して検討していただきたい。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

視点1 より高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

【意見・提案を行う背景、論拠】

- (1) 福祉・介護職員処遇改善加算の継続について
現在、社会福祉領域では福祉・介護人材の確保に困難があることが指摘されている。福祉・介護職員の社会的地域を向上させ、人材不足を解決するためにも働き甲斐のある職場環境を整備し、意欲的に仕事に取り組むことが当たり前に行われるようにする必要がある。
福祉・介護職員処遇改善加算は要件を満たした事業所が受けられる加算であり、要件の中には労働環境の改善や昇格基準の整備・研修の機会の確保など、職員の資質や意欲の向上につながり、質の高い支援者を確保するために必要な加算であるため、現在の水準の加算継続もしくは上位の加算の創設が望ましい。
- (2) 居宅介護、同行援護及び行動援護における特定事業所加算の継続について
地域で生きがいを持って生活するためには居宅介護、同行援護及び行動援護は重要であり、これらのサービスの向上を維持する必要がある。そこで、これらのサービスを提供する事業所に対する特定事業所加算を継続していただきたい。特定事業所加算は要件を満たした事業所が受けられる加算であり、要件の中には有資格者の配置や職員の資質向上機会の創出など、質の高いサービスを提供していることが前提となっている加算であるため、サービスの質を維持するために必要な加算である。特定事業所加算を継続することで質を維持するとともに、安定した経営が維持されるために必要な加算である。
- (3) 食事提供体制加算の適用期限の延長等について
生活介護、短期入所、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型及び就労継続支援B型そして障害児通所支援では、低所得の利用者の食費負担が原材料費相当のみとなるように配慮されて平成30年3月31日まで延長されている。低所得の通所サービス利用者にとっての食事は、栄養補給、健康維持のためにも重要であることをふまえ、この適用期限をさらに延長していただきたい。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

視点2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

- (1) 重度障害者が利用できるグループホームの運営を可能にするための基礎報酬と加算の拡充について
重度障害者の地域生活を実現するためには重度障害者に対応したグループホームの設置が必要だが、大幅に不足している状況にある。そこで、重度障害者が利用できるグループホームを運営するための報酬の基礎単価及び夜間支援等体制加算、重度障害者支援加算の拡充をしていただきたい。グループホームの設置が進まない理由として、グループホームの報酬だけでは経営が厳しい状況がある。特に重度障害者が多く利用しているグループホームでは、事業経営が非常に厳しく、他事業から資金を調達したり、職員を派遣するなどしてやりくりをしなければならない状況である。また、現状において夜勤職員を配置しているグループホームは少ないが、その理由として加算をとっても採算が合わないことが考えられる。重度障害者の住まいの場としてグループホームの設置を推進するためには、基礎報酬と併せて加算の拡充が必要である。
- (2) グループホームの設置運営方法の違いにもとづく報酬単価について
重度の障害があっても地域で生活することを実現するためにはグループホームが求められており、経済力の大小にかかわらず、各法人はその設置に責務を感じている。土地所有や自己資金がなくてもグループホームが開設できる方法として、サブリース方式(建て貸し)は有効であるが、自前で設置する場合に比べると建設補助金がなく、長期的に見ると負担額が大きくなる。グループホームの必要性が強く望まれている現状を踏まえ、各法人がグループホームを設置しやすくなるように設置運営方式の違いによって報酬単価に差を設けてほしい。
- (3) 訪問系サービスにかかる国庫負担基準について
障害が重度であっても地域で生活することを望む障害者が多く、入所施設などからの地域移行は障害者施策の大きな柱である。重度障害者が地域で生活するためには必要量の訪問系サービスを確保する必要がある。しかし、訪問系サービスには国庫負担基準が設定されており、必要量のサービスを提供する場合に当該市町村の経済的負担が大きくなる場合があり、そのこともあって、サービス提供量に関して市町村間において格差が生じてしまう。
訪問系サービスにかかる国庫負担基準は、「個人のサービスの上限ではなく、市町村に対する国庫負担の上限である」とされているが、地域移行をふまえて重度障害者の地域生活の実現にどの市町村でも取り組むことができるようにすべきである。このようなことに留意して国庫負担基準の見直しがなされてきていることは承知しているが、市町村の経済力の違いによってそこに暮らす重度障害者の生活に格差が生じることがないように、今回の報酬改定に際しても訪問系サービスにかかる国庫負担基準について検討していただきたい。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

平成29年7月31日

一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会（JPA）

代表理事 森 幸子

一般社団法人日本難病・疾病団体協議会の概要

- 名 称 一般社団法人 にほんなんびょう・しつぺいだんたいきょうぎかい 日本難病・疾病団体協議会 (略称 J P A)
- 所 在 地 〒170-0002 東京都豊島区巣鴨 1-11-2 巣鴨陽光ハイツ 604 号
T E L 03 (6902) 2083 / F A X 03 (6902) 2084
U R L <http://www.nanbyo.jp/>
E mail jpa@ia2.itkeeper.ne.jp
- 代 表 理 事 森 幸子 (全国膠原病友の会所属)
- 組 織 ・ 会 員 数 89 団体加盟、構成員総数約 26 万人 (2017 年 6 月現在)
別紙加盟団体一覧参照
- J P A と は 難病・長期慢性疾患、小児慢性特定疾患等の患者団体及び地域
難病連で構成される患者・家族の会の中央団体です。
病気や障害を抱えながら生きる人たちの声を社会に届け啓発
すると共に、医療、介護、就労、障害年金などにおける様々な
問題に取り組むことで、すべての人が安心して暮らせる社会
の実現を目指し活動しています。
- 主 な 活 動 内 容 ① 難病対策・社会保障制度に対する提言・提案
② 患者・家族の支援／調査・研究等
③ 世界の患者団体との連携
④ 会報誌「J P A の仲間」の発行
⑤ H P 運営、事務局ニュース配信
⑥ その他 (街頭署名活動等)

平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

1. 報酬改定の理由と目的を明らかにしていただきたい。
社会保障費の引き下げ・利用者負担の増加となり、かつ従事者の報酬の引き上げにならないというのであれば反対いたします。また施設の大型化や統合の方向を目指すのであれば賛成はしかねます。(視点 2)
2. 生涯にわたって治療を必要としている難病患者には、所得の保障は優先的に取り組まなければならないもっとも重要な課題となっています。他の障害と同じレベルの税控除と障害年金の認定基準の改善に関する課題は急務と考えます。
3. 難病患者にも民間サービスによる移動支援は必要であり、とりわけ通院に関する移動支援と災害時の移動支援の体制に難病患者も対象とすることは急を要する課題です。(視点 2)
4. 難病はその原因が遺伝によるものが少なくないとされており、患児や若年発症患者に対する学校教育や保育に関する支援は、その生涯を支配する重要な課題です。そのための取り組みを進めるためには、他の障害との格差の解消や教育の現場においての難病や医療的ケアを必要とする患者・児に対する偏見と差別の解消が必要となっています。
5. 難病患者の日常生活の改善を進め、障害の固定化を防ぐための早期のリハビリテーションや日常生活用具や補装具の給付等と訓練の早期・継続の提供は有効かつ必要となっています。難病患者が地域で尊厳を持って生活できる社会の実現のためにも必要不可欠です。(視点 2)
6. 障害全般においても難病患者にとっても、地域社会への参加としての福祉サービスの利用による就労支援の福祉サービス施設の利用は重要であり、従事者の処遇及びサービス提供の充実と改善が重要となっています。(視点 1、2)

平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

1. 報酬改定の理由と目的を明らかにしていただきたい。

社会保障費の引き下げ・利用者負担の増加となり、かつ従事者の報酬の引き上げにならないというのであれば反対いたします。また施設の大型化や統合の方向を目指すのであれば賛成はしかねます。(視点 2)

- 障害者福祉サービスの利用においては身体障害者手帳などのいわゆる「手帳」を持っている患者・障害者と、持っていない・持てない患者・障害者の間には格差・差別があります。そのため、サービスの利用に関する「報酬」の論議以前に、サービスの在り方が難病患者にとっては優先課題です。
- 難病・希少疾患の福祉サービスの報酬の問題に特定するのであれば、今のところ難病患者にとっては利用できるメニューが他の障害に比べて極めて限定的なので、報酬に関する意見は特にないと言わなければなりません。さらに、障害者総合支援法の対象となる疾病も限定的であるために、真に福祉サービスによる支援を必要とする者が、そのサービスを利用することができないという状態にあり、難病患者にとっては報酬の問題よりもまずは福祉サービスの利用を必要とする人が、必要なサービスを利用できる体制づくりが優先課題であると考えます。
- 2015 年 1 月 1 日より施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）」の第 2 条 基本理念では「難病の患者に対する医療等は、難病の克服を目指し、難病の患者がその社会参加の機会が確保されること及び地域社会において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することを妨げられないことを旨として、難病の特性に応じて、社会福祉その他の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に行われなければならない。」としています。
また、難病法の成立に先立って、2014 年 4 月 1 日より施行された障害者総合支援法では難病もその対象とすることとし、2015 年 3 月に告示され、同年 8 月に改定された「障害者総合支援法における障害者支援区分 難病患者等に対する認定マニュアル」では、「難病の特性に配慮」することを求めており、具体的には医師の意見書や認定において難病の特性の一例として、症状の変化があることを前提として「できたりできなかつたりする」ことがあり、それに対しては「で

きない時の状況」で判断することとしています。しかし日本の障害者福祉サービスはその起源もあって「障害の固定」を原則としていますが、障害の程度の変化（日内変動や進行、寛解なども含めて）がある難病患者もその福祉サービスの対象としたことは、まだ不十分な部分もあるとはいえ、まさに日本の障害者施策のパラダイム転換であり、医療モデルから社会モデルを中心とする国際的な標準に近づいたものとして評価されると考えられます。それを確立するためにはそのコストはどの程度なのか、制度の拡大としては、どうあるべきか、どこまでの患者負担が可能なのかについての検討と難病患者生活実態調査を実施するべきではないでしょうか。

- 難病への理解や取組みが進んでいるとはいえ、未だにサービス利用を申請した事例からは、医師の意見書の書き方や行政窓口の対応などによって不利な状況におかれたり、申請がはねつけられたり、却下されたりする事例も少なくないことなど、現実にはいまだに「障害固定」を前提とする障害者福祉観は払拭されず、それに基づく福祉サービス提供があくまで優先されるという困難な状況になっていると思います。障害者手帳とその認定基準が難病患者の特性を考慮するという認定基準より優先される、と明言する自治体も報告されています。
- 難病患者の多くは社会経験を経ている場合も多く、就労などの面などでは有利に働くこともあるはずですが、「難病」ということでの偏見や差別も後を絶たず、せつかくの社会参加の機会を失うことも少なくありません。また難病は人生の途中での発病も多く、多様な障害を持つこととなります。さらに進行していく患者も少なくありません。そのため生活の支援や補装具などの機械、器具などの利用に関してより多くの困難があり、症状が進んでからの導入では遅きに失する場合も少なくありません。治療と並行して、それらの機器や用具にあらかじめ馴染んでおく、あるいは訓練を積んでおくということが、実際的にも精神的な支援においても重要であり、治療の効果を高めることにもなるので、制度のあり方としての検討が必要と考えます。
- 障害者の就労・雇用の課題の課題に対する取組みは全体としては大きく前進していますが、障害種別間の格差は拡大しているのではないのでしょうか。
難病法施行以降、難病患者就職サポーターを一県一か所のハローワークへパートタイマー職員として配置することやトライアル雇用、発達障害・難病患者雇用開発助成金制度、患者や雇用主へのマニュアルの作成など、難病患者の雇用・就労支援等の労働施策にも大きな進展がありますが量的には不十分です。

また就労・雇用への支援だけではなく、むしろそれまでの経験や実績を重視してなるべく退職を回避することへの支援も取り組まれ始めています。しかし従来からの障害者支援と比べると、その規模や金額、期間などの具体的な内容においては明らかな格差が存在しています。

- その最たるものは障害者雇用促進法における法定雇用率において難病患者はその対象とされていないことです。障害者の就労支援の作業所の利用は可能となりましたが、難病は障害者の法定雇用率の対象となっていないという理由で就職が実現しなかったという相談事例は枚挙にいとまはありません。あくまでも身体・精神・知的等の障害者手帳を持つことが日本における障害者福祉サービス利用の大前提となっているからです。指定難病の患者が障害者手帳を持っている場合には、難病よりも手帳が優先だとして福祉サービスの利用の申請が却下される自治体もあるなど、趣旨の徹底も必要です。また、やむを得ず退職することとなっても障害者手帳を持っている場合とそうでない場合の患者や障害者においては、雇用保険の失業保険給付の受給日数に大きな差があることも重要な課題となっています。

2. 生涯にわたって治療を必要としている難病患者には、所得の保障は優先的に取り組まれなければならないもっとも重要な課題となっています。他の障害と同じレベルの税控除と障害年金の認定基準の改善に関する課題は急務と考えます。

- 税金の障害者控除の対象にもならず、障害年金も内部障害の認定基準が非常に厳しく、給付の対象になるのは生命の最終段階でなければならず、申請後まもなく亡くなってしまった、という事例も少なくありません。家族にとっても大きな困難に直面している時期には申請する余裕さえないという過酷な状況となっていて、申請にまでこぎつける患者・家族はごく少数であると言われてしています。

これらの福祉支援の施策は他の障害と比べ大きな格差があり、今、目の前の患者・家族の困難を解決出来ないという状況となっている状況は至急改善しなければならない課題であると考えます。難病であるが故の生涯にわたる医療費負担や様々な経済的困難があるにもかかわらず、そのサービス利用のみならず所得に関する制度利用すらもできないという実情は、共生社会の実現どころか生きるという希望さえも打ち砕くものになっているのではないのでしょうか。

3. 難病患者にも民間サービスによる移動支援は必要であり、とりわけ通院に関する移動支援と災害時の移動支援の体制に難病患者も対象とすることは急を要する課題です。(視点2)

○ 大多数の難病患者は通院による治療を受けています。専門医との連携で行われている近医での受診は別として、必要とする専門医療を受けるためには遠くの医療機関を受診しなければならない難病患者・家族は少なくありません。家族や介護者も含めて、航空機、鉄道、高速道路を使つての車の使用などの交通機関等の利用は不可欠となっており、様々な困難に加えて、その経済的な負担はさらに大きなものとなっています。

また、近医受診であってもタクシーを利用するケースは多く、障害者割引など他の障害と同様の支援を必要としています。

大きな地震、洪水等の災害にあつての避難やその後の通院などの移動支援は生命予後も左右する大きな課題です。少なくとも他の障害と同じ支援が受けられることを希望しています。

4. 難病はその原因が遺伝によるものが少なくないとされており、患児や若年発症患者に対する学校教育や保育に関する支援は、その生涯を支配する重要な課題です。そのための取り組みを進めるためには、他の障害との格差の解消や教育の現場における難病や医療的ケアを必要とする患者・児に対する偏見と差別の解消が必要となっています。

それらの対応にあつては特別支援教育という範囲にとどまるのではなく、難病のこどもたちも地域社会で成長し、社会性をはぐくむことができるよう周囲の難病に対する理解を得ることと、難病に対する地域の差別と偏見を取り除くために、特別な教育だけではなく、普通の教育における対応がまず優先されることが重要であると考えます。

5. 難病患者の日常生活の改善を進め、障害の固定化を防ぐための早期のリハビリテーションや日常生活用具や補装具の給付等と訓練の早期・継続の提供は有効かつ必要となっています。難病患者が地域で尊厳を持って生活できる社会の実現のためにも必要不可欠です。(視点2)

○ 現在の日常生活用具や補装具の給付は障害の程度に応じて判定されますが、難病の多くは症状が変化するという特性があるだけでなく、明らかに進行してゆく疾病、急速に進行し、意思の伝達さえ不可能となってゆくALSなどの難病に対する理解と支援が必要です。最近の報道にもあるように、様々な工夫によって意思を伝達し、日常の生活の質の向上を図ることも可能であり、近い将来はAIの利用によって普通に意思を伝えることも可能になると言われています。しかし現状では、自分の意思を伝えることが不可能になってゆくということを告知された瞬間に自立への可能性を信じていくことができなくなっていく患者も少なくありません。症状が重くなってからの意思伝達装置の導入では、操作が難しく、初期の段階で使用をあきらめる患者も少なくないのです。早めの対応が必要であり、視覚・聴覚の障害者への支援と同様に、意思伝達障害に対する意思伝達の訓練、支援としての通訳・支援者・リハビリテーションとしての位置づけを明確にし、さらに必要な機材を給付の対象とするべきです。これらについては、まるで自動車学校にも行かずいきなり運転させられるようなものだと言われています。症状の軽い段階から周囲の医療関連スタッフの連携によって、症状が今以上に進んでも意思の伝達は可能であることを理解してもらうことが大切ですが、今の状況ではその理解にも地域差があり、国の積極的な関与が必要となっています。

○ 意思の伝達に大きな障害を持つ患者へのパソコンの使用に関しても、パソコンの一般的な市場価格を反映せずに非常に高価なものとなっています。その価格には機材のセッティングやメンテナンス、スイッチ等の選択、使い方の指導の費用も含まれているためと一般的には理解されていますが、実際にはパソコンを届けるだけという実態も見受けられます。実際に使用するための様々な支援に関する報酬が設定されていないために、パソコン等を届けただけで済ます業者も少なくないと言われています。またOT、PTなどの専門的な指導や訓練は主に病院内に限定されることが多いために、在宅患者への支援が行き届かなくなっています。それらの事情によって、実際の支援には無報酬のボランティアに頼らざるを得なくなっています。この現状はすぐにも改善されるべきではないでしょうか。

同じようなことは機材を使うことも少なくない視覚障害者に対する歩行訓練にも言えることです。疾病による視覚障害者に対する歩行や日常生活のための訓練は入院中から必要であり、かつ有効であるということはすでに証明されています。にもかかわらず現在では歩行訓練士は国家資格がないこともあってか県内には1名もいないという県もあり、その必要性に対する理解も進んでいない現状です。高額な機器は一部の大手事業者に独占されることによって、歩行訓練士の収入が激減し、そのために転職する人も多く、今では専門施設以外では実際に活動している歩行訓練士はほとんどいなくなっています。

○ 歩行訓練によって得られるのは単なる歩行ではなく、家事を含めた日常生活の回復と生活者としての尊厳の回復でもあり、生活の質の向上を図るものです。正確な歩行や日常生活の訓練を受けることによって、近年多発している道路や駅や交通機関での事故防止の要としても重要と考えます。

○ 現在に至る診療報酬の改定によって医療におけるリハビリテーションは大きくその期間が制限されました。しかし、進行する疾患にとっても、障害にとっても適切なリハビリテーションを受けることは、症状や障害の軽減や、日常生活の質の向上と生きてゆくことに対する希望を失わないためにもきわめて大切です。しかし、入院期間も短縮されているためにそれらのリハビリテーションも院内では継続できず、在宅となっても継続は不可能か困難な状況となっています。制限のきつい診療報酬による回数や内容に不満が残る高齢者医療や介護保険でのリハビリではなく、在宅での本格的なリハビリテーションを望む患者は多いのですが、制度上、訪問リハは独自開設はできず、また有資格の人材も少ないため、ごく一部の患者のみ受けることができるという現状となっています。

診療報酬や高齢者医療・介護だけではなく、障害者福祉サービスにおいても、日常生活の向上を目指して、在宅支援の一つとしての本格的なリハビリテーションの提供に取り組む時が来ているのではないのでしょうか。

○ これらの現状の改善なくしての報酬の改定のみではどのような意味があるのか理解することは困難です。

6. 障害全般においても難病患者にとっても、地域社会への参加としての福祉サービスの利用による就労支援の福祉サービス施設の利用は重要であり、従事者の処遇及びサービス提供の充実と改善が重要となっています。(視点1、2)

① 就労移行支援の訓練期間の延長もみとめていただきたい。

一般企業での障害者雇用が進み、就労支援施設（就労移行支援、就労継続支援B型）を利用する障害者の環境も変化し、障害程度の重度化、障害の重複など複雑化しています。2年（又は3年）の訓練期間内での一般就職への成果に結び付けるのは厳しい状況にあるため、障害程度区分によって、訓練期間の延長が認められるなど訓練期間を延ばしていただきたい。移行支援期間が終了し、継続B型に移った後に就職するケースが増えています。

② 就労実績の加算単価について改善していただきたい。

本人の業務の能力に関係なく、障害程度によって就労に向けた支援量が増えるため、雇用に結び付く機会が少なくなるという現象もあります。障害程度区分が重い人の就労実績の加算単価を上げていただきたい。

③ 定着支援の加算について実情にみあった改善をしていただきたい。

移行支援の定着支援加算は3年なのに対して継続B型は1年になっています。訓練種別が違ってても必要な支援内容は変わらないので、継続B型の定着支援加算の期間を就労移行支援並みにしていただきたい。

④ 定員数による単価の違いについて改善をしていただきたい。

定員数に関係なく職員配置割合で加算に差があるが、大雑把であり現状の改善にはなりません。定員が20名か40名で報酬単価に違いがあるのは合理的ではないのではないのでしょうか。定員が増えると配置職員数や作業スペースが増え家賃も高くなる等それなりに経費がかかります。定員が多くなれば、職員不足解消や、職員の経験を活かすなど、より良いサービスの提供にもつながります。

しかし利用者が少なくなれば、これらの職員を減らさなければならなくなるなど、サービス量と質の低下につながります。安定した質の高いサービスを提供できるよう利用者数の増減と職員の定数の関係についての見直しをお願いしたい

⑤ ジョブコーチ加算について改善をお願いします。

経験を積んだ公的なジョブコーチが不足しています。そのため各事業所においてもジョブコーチの必要性は感じていられると思いますが、ジョブコーチの資格を取得しても、派遣費が少なく、事業所の職員が不足するため、ジョブコーチとして登録する人が少ないのが現状です。ジョブコーチの資格を活かすためにも、障害者雇用及び職場定着を促すためにも、ジョブコーチ加算が必要です。また、利用者のことを把握している事業所内のジョブコーチが就職支援をするメリットは大きいと思われます。

- ⑥ 就労移行支援施設にも重度加算を付けていただきたい。
就労支援継続B型にある重度加算を就労移行支援にも付けていただきたい。
- ⑦ 1ヶ月の利用日数の上限について改善をお願いしたい。
1ヶ月－4日、週6日まで利用できるようにしていただきたい。今の制度では祝日がある月は収入（介護報酬）が少なくなる仕組みになっており、月毎の収入にバラツキが生じるため経営が不安定となります。近年は祝日が増えているので収入減を補うためにも是非検討していただきたい。
- ⑧ 目標工賃達成加算の見直しをしていただきたい。
継続B型の目標工賃達成加算の計画期間が5年となっていますが、5年は長すぎるのではないのでしょうか。途中で業務の変更等があり一時的に工賃が下がってしまうことがあるので、2～3年の設定が良いと思われます。もしくは業務変更等の理由による一時的な工賃降下の場合には一定の率以内までは達成とみなす（未達成としない）としていただきたい。

一般社団法人日本難病・疾病団体協議会（JPA） 加盟団体一覧

（2017年6月9日現在、89団体が加盟）

1 (一財)北海道難病連	31 (NPO)高知県難病団体連絡協議会	61 フェニルケトン尿症(PKU)親の会連絡協議会
2 青森県難病団体等連絡協議会	32 福岡県難病団体連絡会	62 ベーチェット病友の会
3 岩手県難病・疾病団体連絡協議会	33 (NPO)佐賀県難病支援ネットワーク	63 もやもや病の患者と家族の会
4 (NPO)宮城県患者・家族団体連絡協議会	34 (NPO)長崎県難病連絡協議会	64 (NPO)日本オスラー病患者会
5 (NPO)秋田県難病団体連絡協議会	35 熊本難病・疾病団体協議会	1 (認NPO)アンビシヤス
6 山形県難病等団体連絡協議会	36 (NPO)大分県難病・疾病団体協議会	2 SBMAの会(球脊髄性筋萎縮症)
7 福島県難病団体連絡協議会	37 宮崎県難病団体連絡協議会	3 (NPO)おれんじの会 (山口県特発性大腿骨頭壊死症友の会)
8 茨城県難病団体連絡協議会	38 (NPO)IBDネットワーク	4 (公財)がんの子どもを守る会
9 栃木県難病団体連絡協議会	39 下垂体患者の会	5 血管腫・血管奇形の患者会
10 群馬県難病団体連絡協議会	40 再発性多発軟骨炎(RP)患者会	6 (一社)こいのぼり
11 千葉県難病団体連絡協議会	41 サルコイドシス友の会	7 シルバーラッセル症候群ネットワーク
12 (NPO)神奈川県難病団体連絡協議会	42 スモンの会全国連絡協議会	8 (NPO)全国ボンベ病患者と家族の会
13 新潟県患者・家族団体協議会	43 全国筋無力症友の会	9 (一社)先天性ミオパチーの会
14 (NPO)難病ネットワークとやま	44 (一社)全国膠原病友の会	10 高安動脈炎友の会(あけぼの会)
15 山梨県難病・疾病団体連絡協議会	45 全国CIDPサポートグループ	11 竹の子の会ブラダー・ウイリー症候群児・者親の会
16 長野県難病患者連絡協議会	46 (一社)全国心臓病の子どもを守る会	12 つくしの会(全国軟骨無形成症患者・家族の会)
17 (NPO)岐阜県難病団体連絡協議会	47 (一社)全国腎臓病協議会	13 (NPO)難病支援ネット北海道
18 (NPO)静岡県難病団体連絡協議会	48 (NPO)全国脊髄小脳変性症・多系統萎縮症友の会	14 (NPO)新潟難病支援ネットワーク
19 (NPO)愛知県難病団体連合会	49 全国脊柱靭帯骨化症患者家族連絡協議会	15 (認NPO)日本IDDMネットワーク
20 (NPO)三重難病連	50 全国多発性硬化症友の会	16 日本ゴーシェ病の会
21 (NPO)滋賀県難病連絡協議会	51 (一社)全国パーキンソン病友の会	17 (NPO)日本ブラダー・ウイリー症候群協会
22 (NPO)京都難病連	52 (一社)全国ファブリー病患者と家族の会 (ふくろうの会)	18 (NPO)脳腫瘍ネットワーク
23 (NPO)大阪難病連	53 側弯症患者の会(ほねっと)	19 (NPO)PADM 遠位型ミオパチー患者会
24 (一社)兵庫県難病団体連絡協議会	54 日本AS友の会	20 POEMS症候群サポートグループ
25 (NPO)奈良難病連	55 (一社)日本ALS協会	21 ミオパチーの会オリーブ
26 和歌山県難病団体連絡協議会	56 (NPO)日本間質性膀胱炎患者情報交換センター	22 (NPO)無痛無汗症友の会トゥモロウ
27 広島難病団体連絡協議会	57 日本肝臓病患者団体協議会	23 Action for ME/CFS Japan
28 とくしま難病支援ネットワーク	58 日本喘息患者会連絡会	24 富土市難病患者・家族連絡会 (2017.7.1 富土市難病団体連絡協議会から名称変更)
29 香川県難病患者・家族団体連絡協議会	59 (NPO)日本マルファン協会	25 キャッスルマン病患者会
30 愛媛県難病等患者団体連絡協議会	60 (NPO)PAHの会	青＝準加盟団体
黄色＝都道府県難病連(北から順)	ピンク＝疾病別全国組織	

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

NPO法人 全国精神障害者地域生活支援協議会
代表 戸高 洋充

特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 の概要

1. 設立年月日: 1997(平成9)年7月21日(2002(平成14年)2月、特定非営利活動法人認証)

2. 活動目的及び主な活動内容:

当会は、「生活者たる精神障害者のよりよい地域生活の実現に向け、その支援活動の拡充と社会的環境の整備を図り、もって精神障害者が住みやすい社会の実現に寄与する事」を目的として1997(平成9)年に結成されました。

主な活動は、①作業所の法定化 ②制度の地域格差の是正 ③地域生活支援の全国ネットワーク化推進、の3つの柱を中心に据え、精神障害を持つ方を地域で支援する体制の充実を図るための研修、情報提供、提言、要望を継続して行ってきました。

2014(平成26)年度に、当会の活動の見直しを行い、「私たちのめざすもの～あみビジョン～」を作成。これまでの活動の柱に加え、精神科医療の適正化、地域生活支援の拡充、障害者権利条約を暮らしに活かせる社会づくりを目指して活動を続けています。

【主な活動内容】

- ・ 全国研修会(全国大会)の開催及び、全国各所における地域研修会の開催
- ・ 制度・政策に対する提言、要望活動
- ・ 精神障害者の地域生活支援に関する調査及び研究
- ・ 自然災害等により被災した地域の障害福祉サービス事業所の支援
- ・ 機関誌『あみ』(年2回)・ニュースレター「ぷちあみ」(毎月)の発行

3. 会員数: 正会員事業所 346事業所(全国306団体・法人)(2017(平成29)年5月時点)

4. 法人代表: 代表 戸高 洋充

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

【視点1】より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策

1. 報酬の増額による経営の安定化とサービスの質の向上を支えるための体制の整備

- (1) **報酬水準の着実な増額を** 報酬改定にあたっては増額を基本として行うことが必要。
- (2) **事業の基盤を支える報酬の仕組みを** 事業所を単位とした報酬の支払い方式も。
- (3) **ダイレクトペイメントの導入を** サービス事業所や相談支援事業所への支払いも、本人の選択によるものに。

2. 質の高い人材の確保を進めるために

- (1) **一定の規模以下の事業所等における処遇改善加算の対象拡大を** サービス管理責任者等も加算対象に。また、対象外事業にも加算措置を。
- (2) **福祉専門職員配置等加算のさらなる拡充を** 加算の基準・単位の引き上げを。関連する他の専門職についても評価を。また、現行の加算(Ⅲ)は独立した加算にし併算可能に。

【視点2】地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

1. 日中活動系事業

- (1) **加算よりも基本報酬で～成果主義的加算は、利用者ニーズというよりむしろ事業者ニーズに～**
- (2) **利用日数による出来高払いだけでなく、在籍者数に応じた評価も**

2. グループホーム

- (1) **サービス管理責任者配置基準10:1のタイプの創出を** 小規模のグループホーム運営を支える基盤の強化を。
- (2) **基本報酬の抜本的な増額を～そもそもグループホームの報酬は低すぎる～**
- (3) **大規模減算の強化により、グループホームの小規模化の促進を**

3. 相談支援事業

- (1) **計画相談報酬の抜本的な増額とモニタリング頻度を増やすこと**
- (2) **超長期入院者の退院支援においては地域移行支援の柔軟な運用を**
- (3) **地域定着支援の飛躍的な拡充を、**

4. 地域活動支援センター 新たな障害福祉サービスとして位置づけることはできないだろうか。

【視点3】障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

●「持続可能性」の追求は、施策全体の総合的な見直しにより行われるべき

- (1) **医療から福祉へ財源の大胆な移動を**
- (2) **計画相談の担う領域に医療を含めること**
- (3) **「障害者用」施策からの脱却を～例えば、就労支援は雇用施策で～**

【視点1】より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策

1. 報酬の増額による経営の安定化とサービスの質の向上を支えるための体制の整備

- (1) **報酬水準の着実な増額を** 障害福祉の質を左右するのは、そこに働く職員の質そのものである。質の高いサービスを提供することと、職員の質の向上は不可分であるにもかかわらず、障害福祉領域で働く職員の給与水準の低いままにある。その根源は、サービスの報酬がそもそも低く抑えられているためであり、改定にあたっては増額を基本として行うことが必要である。
- (2) **事業の基盤を支える報酬の仕組みを** 日払い方式を原則とした出来高払いによる事業運営は、一定の数の人が安定してサービスを利用することを前提として事業が成立する仕組みである。つまり、小規模であることや利用状況が不安定である場合、事業運営に大きなリスクを抱えていることになる。利用者個々の利用量だけに拠らず、事業所を単位とした報酬の支払い方式等を設けることにより、安定したサービス提供体制を確保する仕組みを講じる必要があるのではないか。
- (3) **ダイレクトペイメントの導入を** 現在の障害福祉サービスの報酬は、利用者からの代理受領の形で事業所に支払われている。そこにおける利用者負担も、利用者自身にとってみれば「費用徴収」という性質を帯び、サービス利用における権利性は希薄であると言わざるを得ない。当会としては、障害福祉サービスはすべて公費で賄われるべきであるとの立場であるが、その公費はいったん利用者に支払われた上で本人の選択したサービス提供事業者や相談支援事業者に支払うダイレクトペイメント方式を導入することにより、真に利用者たるサービスの選択が行われ、サービス全体の質の向上につながっていくのではないかと考える。

2. 質の高い人材の確保を進めるために

- (1) **一定の規模以下の事業所等における処遇改善加算の対象拡大を** 小規模な事業所においては、直接処遇職員とサービス管理責任者等の間に給与差を設けていないところも多く、処遇改善加算の活用により、制度の対象とならない直接処遇職員以外の者への同等の給与措置によりかえって財政を圧迫したり、加算そのものの活用を控えたりするところも生まれている。一定の規模を下回る事業所においてはサービス管理責任者等も加算対象としてはどうか。
また、当該事業を運営している法人が運営している加算対象外事業(相談支援事業所、地域活動支援センター等)の職員にも同等の処遇改善措置を講じられないか。
- (2) **福祉専門職員配置等加算のさらなる拡充を** 福祉専門職員の配置の一層の促進ため、加算の基準および単位を引き上げるとともに、関連する他の専門職(例えば、精神障害領域においては作業療法士)の配置について評価する仕組みを設けてはどうか。
また、長期に安定した雇用を促進するため、現行の加算(Ⅲ)(生活支援員等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上雇用されている事業所)については、独立した加算として、福祉専門職員配置等加算と併算可能としてはどうか。

【視点2】地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策(1)

1. 日中活動系事業

- (1) **加算よりも基本報酬で～成果主義的加算は、利用者ニーズというよりむしろ事業者ニーズに～** 例えば、就労移行支援における就労定着支援体制加算取得のために、当該事業所からの就労者の定着率を上げるために、本人が希望する転職(例えばパート雇用から他企業への常勤雇用へのチャレンジ)を妨げること。例えば、就労継続支援B型における目標工賃達成加算取得のために、本来当該年度において支払える工賃額を抑制して次年度以降の達成分にまわすこと。等、制度の趣旨に反し、利用者にとってむしろ不利益をもたらす事例すら生じている。

利用者個々のニーズに応じたサービスが提供されるためには、一面的な成果が重視されるような加算方式ではなく、一人ひとりの利用者にとっての、その時その場に応じた支援が可能となるような余裕のある職員配置が必要であり、それを可能とするための基本報酬そのものの増額こそが求められる。

- (2) **利用日数による出来高払いだけでなく、在籍者数に応じた評価も** 日中活動系事業所を利用する精神障害者等の中には、必ずしも毎日の通所を基本としない人も少なくなく、平均通所率が50%を割る事業所もある。しかし、通所日以外の電話相談や訪問等への評価は十分なものとはいえず、通所を伴わない自宅から直接の通院やハローワーク等への同行は、報酬上まったく評価されていない。

また、サービス管理責任者による個別支援計画は利用日数の多寡に関わらず全員に作成しなければならないこと等も含め、利用定員に対する在籍者の多さは職員の業務負担の重さにつながっている。

利用日数による出来高払いだけでなく、在籍者数に応じた報酬を設定することにより、利用者の個別ニーズに対応する支援の基盤整備が図られるのではないか。

【視点2】 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策 (2)

2. グループホーム

(1) **サービス管理責任者配置基準10:1の類型の創出を** 現行の共同生活援助の報酬額算定にあたっての事業所規模は、サービス管理責任者の配置基準にもみられるように、入居者30名を基本としている。しかし、現実には地域の中から誕生してきたグループホームは入定員4～6名を単位とした1～2ユニット程度の規模で運営しているところも多く、そのことが地域の中の自然な暮らしを支える実態がある。

サービス管理責任者の配置基準を厚くする等、新たな報酬区分を設けることで、そのような小規模のグループホーム運営を支える基盤を強化することにより、地域に根差した住まいの確保が進むことが期待されるのではないかと。

(2) **基本報酬の抜本的な増額を～そもそもグループホームの報酬は低すぎる～** 現行の共同生活援助の報酬額を見ると、そもそも常勤者の配置を想定してないのではないかとという額でしかない。期待を寄せられるグループホームへのかけ声と裏腹に、実際には、多少の改善では追い付かない水準である。

現状で経営できている実態は、職員と事業者の極めて大きな無理によって支えられている。基本報酬を格段に増額し、常勤者・専門職者の安定的な雇用が可能としていくことが求められる。

(3) **大規模減算の強化により、グループホームの小規模化の促進を** 現行の規定による大規模減算は、その趣旨に反して一定の規模まで大きくした方が報酬上有利である状態になる場合がある。グループホームは、「小さな入所施設」ではなく、地域の中の当たり前の暮らしを求める場であり、地域の中に溶け込む住まいである。グループホームの小規模化の一層を促進するため、大規模減算は強化されてしかるべきではないかと。

【視点2】 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策 (3)

3. 相談支援事業

(1) **計画相談報酬の抜本的な増額とモニタリング頻度を増やすこと** 相談支援事業の運営における柱となる計画相談の報酬はそもそも単価が低いうえに、国が提示したモニタリングの「モデル」に過剰に従う自治体は必要に応じたモニタリングに対する報酬請求も認めないという例が後を絶たず、必要に応じた適宜の相談支援を行う環境すら保てない場合がある。

相談支援事業所の独立性を確保するためにも、報酬単価を大幅に増額するとともに、例えば介護保険同様に毎月のモニタリング義務化する等により、相談支援事業所の運営基盤を確保し、相談支援専門員による支援の強化を図っていくことが必要ではないか。

(2) **超長期入院者の退院支援においては地域移行支援の柔軟な運用を** 例えば、10年20年30年と、不幸にして入院が極めて長期にわたってしまった人の地域移行支援を行う場合、退院に向けた意思を固め具体的な準備に入るまでにすら長い時間が必要な場合もある。地域移行支援の期間設定には柔軟な運用が望まれる。

(3) **地域定着支援の飛躍的な拡充を** 精神障害者の地域生活を支えるサービスとして、期待を集めて始まった本制度であるが、現状において全国的な伸び悩みの状況にある。そこには、制度を設計した厚生労働省の制度イメージと実際に支給決定を行う役割を持つ市町村の間に、制度理解についての齟齬があると考えられる。日中活動系事業やホームヘルプ等の障害福祉サービスの利用は希望をしないという人でも相談支援事業としての関わりを続け、必要の応じた支援を行う基盤ともなる本制度の利用が広がることは大いに期待される場所である。

4. 地域活動支援センター

- 現行制度において地域生活支援事業に位置付けられている本制度は、報酬上の直接の関りはないが、設置されている地域においては、他の指定障害福祉サービスによる日中活動の場と同様、障害者生活支援の拠点として重要な役割を担っている。例えば登録者をサービス利用者として、月払い等の方式による新たな障害福祉サービスとして位置づけることはできないだろうか。

【視点3】障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

●「持続可能性」の追求は、施策全体の総合的な見直しにより行われるべき

(1) **医療から福祉へ財源の大胆な移動を** 現在の障害福祉施策の貧弱さを見れば、障害福祉サービスに係る予算はさらに伸ばす必要があるのであって、障害福祉領域にのみ着目した「持続可能性」の追求は、本来の求めに合っていない。

特に精神障害者にとっては医療への偏重があまりにも強く、結果として地域福祉の貧しさを招いてさえいるとも言える。事実上の精神科特例を速やかに廃止して必要な入院医療に適切な診療報酬を設定するとともに、本来は必要とされていない精神科病床を大幅に削減することが必要である。そして、その費用の多くを負担している国民の保険料や税金を、生活を支える福祉領域に振り向けるべきではないか。

(2) **計画相談の担う領域に医療を含めること** 現行制度において、相談支援専門員が計画相談の業務を担い報酬を得る根拠になっているのは、指定障害福祉サービスの利用が前提となっているが、地域の特性や利用者の希望によって、医療サービスの利用により福祉サービスが利用されていないことも少なくない。(例えば、日中活動系事業ではなく医療デイケア、ホームヘルプではなく訪問看護、グループホーム入居あるいはショートステイではなく精神科病院への入院、等)。

相談支援専門員が作成する計画の領域に医療サービスも含めることと併せ、障害福祉サービスを利用していない障害者も相談支援を利用できるようにすることにより、医療サービスの適正化を図ることができるのではないか。

(3) **「障害者用」施策からの脱却を～例えば、就労支援は雇用施策で～** 現在の障害者総合支援法のもととなる障害者自立支援法が制定されて以来、障害福祉の中軸が障害者の就労支援であるかのような風潮が強くなっている。しかし、障害児教育が教育行政の下で実施されるのと同様に、障害者の就労・雇用施策も、一般の雇用行政の下で行うのが基本であるはずではないか。

福祉的支援により、障害者がそれら一般施策の利用するにあたってのサポートする役割を持つことは重要であるが、「障害者用」のものにとって代わるようなことは、本来の姿とは言えない。障害者であるという理由で、生活の部面の多くを福祉の範疇にとどめるべきではなく、例えば、障害者の就労支援のように、必ずしも「障害者福祉施策」の枠組みの中にある必要がない領域もあるのではないか。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



公益社団法人日本精神科病院協会

1. 設立年月日:昭和24年6月

2. 活動目的及び主な活動内容:

近代精神科医療のあるべき姿を明確にし、日本国民の精神保健の向上と精神疾患を持つ人への適切な医療・福祉の提供、精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進を図ることを目的として、私立の精神科病院によって当協会は設立された。昭和29年に社団法人登記、平成13年には日本精神科病院協会に改称し、協会は大きく発展を遂げ、現在では、会員病院の精神病床総数も全国の85パーセント以上を占めるに至っている。日本精神科病院協会はこれまでに、精神科医療の発展、精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進、国民の精神保健・医療福祉の向上などについて、広く日本国民へ普及啓発活動を精力的に行うと同時に、厚生行政への積極的な提言を行い、精神保健福祉法や精神保健福祉士の国家資格化など、関係法規の成立・改正に尽力してきた。平成24年に社団法人から公益社団法人に移行した。

【主な活動内容】

- ・ 精神保健医療福祉に関する調査研究及び資料収集
- ・ 精神保健医療福祉従事者の人材育成及び教育研修
- ・ 精神保健医療福祉に関する普及及び啓発

3. 会員数: **1,204病院**(平成29年6月時点)

会員が保有する障害者総合支援法関連施設数 **2,725施設**

4. 法人代表: 会長 山崎 學(サンピエール病院 理事長・院長)

厚労省は「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書において、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるように「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を新たな施策として提言した。これを受け「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、第5期障害福祉計画での成果目標として障害福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設定が示された。これらの施策の方向性を基本にして、日本精神科病院協会は次期障害福祉サービス等報酬改定に対して以下の項目を要望する。

1. 自立訓練(生活訓練)について

地域生活支援拠点等の積極的な整備促進

2. 共同生活援助について

精神障害者に特化した「世話人過配置加算」と「看護師配置加算」の新設

3. 相談支援について

指定特定相談支援事業・指定一般相談支援事業の基本報酬増額と
相談支援専門員等の研修のあり方の見直し。

4. 就労支援サービス等について

「かかりつけ医意見書作成費」と「作業療法士配置加算」の新設

5. 食事提供体制加算の適用期限の再延長について

1. 地域生活支援拠点等の積極的な整備促進

精神障害では基礎となる精神疾患の不安定性・脆弱性のため、状態や能力程度が大きく変動するため、障害程度が固定化しない。このため、福祉的なサービスと医療的なサービスとが重層に切れ間なく、症状の支援体制が必要である。精神障害者に必要な新たなサービス体系の構築が必須であることを、当協会は以前より主張をしてきた。

第5期障害福祉計画の作成においてその取り組みが検討されることになっているが、引き続き**地域生活支援拠点等の積極的な整備促進とその運営に必要な単位設定を要望**する。(視点1)

～地域生活支援拠点に望まれる役割機能～

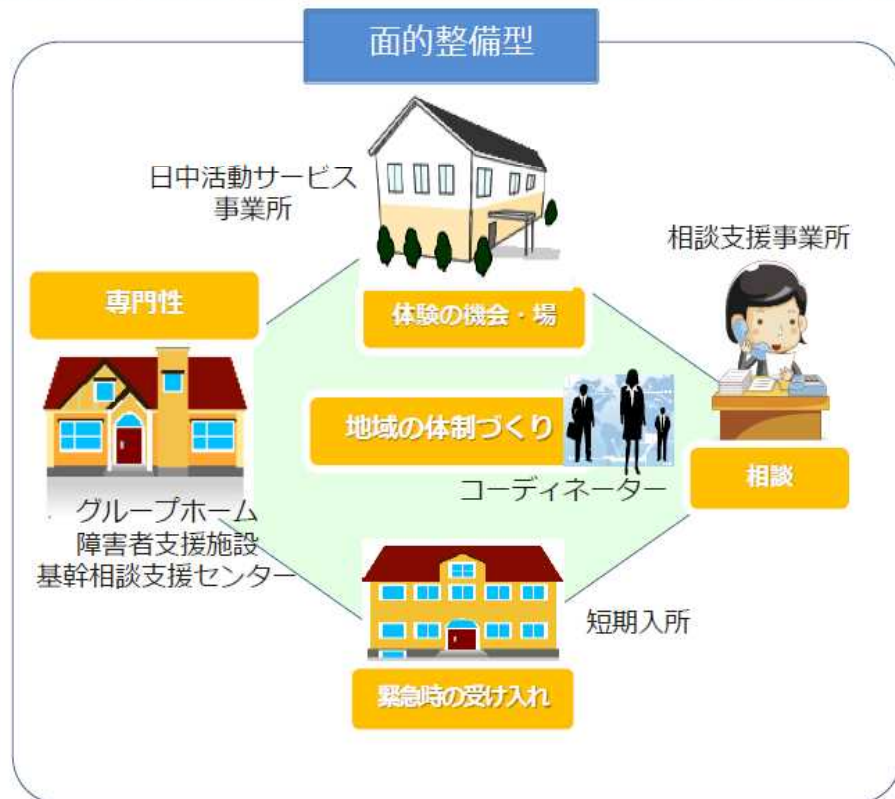
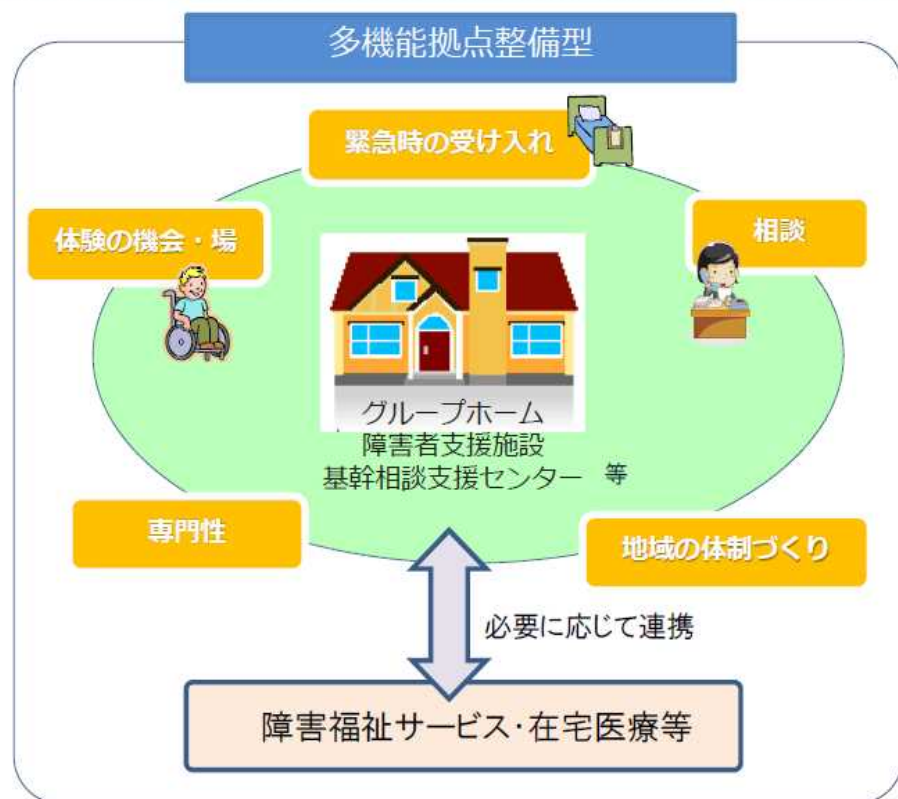
- 社会生活訓練の中に地域生活者も対象にする(ステップアップ訓練)
- 地域啓発、調整活動
- ショートステイ
- 危機介入(ドロップインセンター)、レスパイトケア
- 24時間電話相談(医療・福祉)
- 従業者研修、スーパーバイズ(困難事例検討など)
- 家族等支援、心理教育
- 就労支援(ジョブコーチ)

地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

●**地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ）** ※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。



2. 共同生活援助職員について

- ① 共同生活援助の職員配置は、管理者・サービス管理責任者・生活支援員・世話人で構成されている。平成27年度障害福祉サービス等報酬改定において、基本報酬の充実を図るよう、基本報酬の見直しがなされた。世話人の人数で基本報酬を三段階に分け、障害支援区分によってそれぞれのサービス費が決められた。一方、共同生活援助に入所している精神障害者の区分は、「区分なし」から「区分3」がほとんどで、他の障害種別に比べてかなり低くなっている。しかしながら、精神障害者が多く入所する共同生活援助では、引きこもりや陰性症状の強い患者等手のかかる人が多く、人件費持ち出しで世話人を過配置せざるを得ない。
こうした状況を勘案し、GAFやBPRS等で精神状態を判定し、重症である場合に限り算定可能な「世話人過配置加算」の新設を要望する。(視点2)
- ② 精神障害者が多く入所する共同生活援助では医療との関わりが強く、専門知識を持った看護師が必要になってくるケースも多い。実際に看護師が居なくて困ることが頻繁に発生する。
そこで「看護師配置加算」の新設を要望する。(視点1)

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

■ 共同生活援助サービス費

		区分6	区分5	区分4	区分3	区分2	区分1以下
共同生活援助サービス費(Ⅰ)	(4:1)	668単位	552単位	471単位	385単位	295単位	259単位
共同生活援助サービス費(Ⅱ)	(5:1)	617単位	501単位	420単位	334単位	244単位	212単位
共同生活援助サービス費(Ⅲ)	(6:1)	584単位	467単位	387単位	301単位	211単位	182単位
共同生活援助サービス費(Ⅳ)	(体験利用)	699単位	582単位	502単位	415単位	326単位	289単位
個人単位で居宅介護等を利用する場合(特例)	世話人配置4:1の場合	444単位	398単位	365単位			
	世話人配置5:1の場合	393単位	347単位	314単位			
	世話人配置6:1の場合	360単位	313単位	281単位			

■ ケアホームの障害種類別・障害程度区分別利用者の状況

障害程度区分	身体障害者		知的障害者		精神障害者		合計	
	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合
区分なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
区分1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
区分2	740	17.7%	11,432	26.5%	4,276	54.0%	16,448	29.7%
区分3	1,021	24.5%	14,035	32.5%	2,730	34.4%	17,786	32.2%
区分4	782	18.7%	9,450	21.9%	735	9.3%	10,967	19.8%
区分5	636	15.2%	5,079	11.8%	139	1.8%	5,854	10.6%
区分6	984	23.6%	3,075	7.1%	42	0.5%	4,101	7.4%
その他	13	0.3%	140	0.3%	3	0.0%	156	0.3%
障害児	-	-	-	-	-	-	9	0.0%
合計	4,176	100.0%	43,211	100.0%	7,925	100.0%	55,321	100.0%
程度区分の平均	4.0		3.4		2.6		3.3	

精神障害者の利用者は
区分3以下が88%を占める

3. 相談支援について

相談支援専門員は特定相談支援事業の業務に追われて、指定一般相談支援事業、中でも地域移行支援事業の業務が伸び悩んでいる。地域移行支援事業こそが、地域移行の反映である。この事業が伸び悩むと言うことは、長期入院患者の地域移行が未だ進呈してないことの裏返しともとらえられる。その原因として、相談支援専門員がニーズに対して足りないことが考えられる。現在の相談支援に関する障害福祉サービス等の報酬では理にかなった人数の相談支援専門員が確保できない。

基本報酬である「地域移行支援サービス費」の増額を要望する。(視点2)

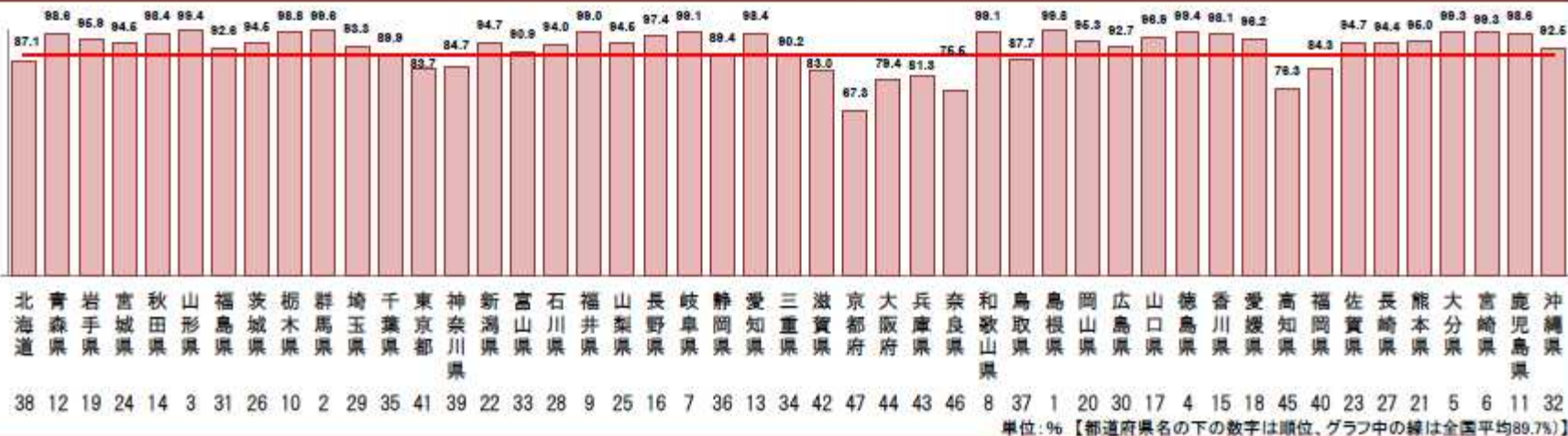
また、相談支援専門員等の研修は各県別に行われており、スケジュールもまちまちで受講機会にもバラツキが生じ、こうした状況も都道府県によっては、相談支援専門員の数が不足する原因と考えられる。

これらを勘案し、**相談支援専門員等の研修会の増加を要望する。(視点2)**

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

計画相談支援 関連データ (都道府県別：実績)

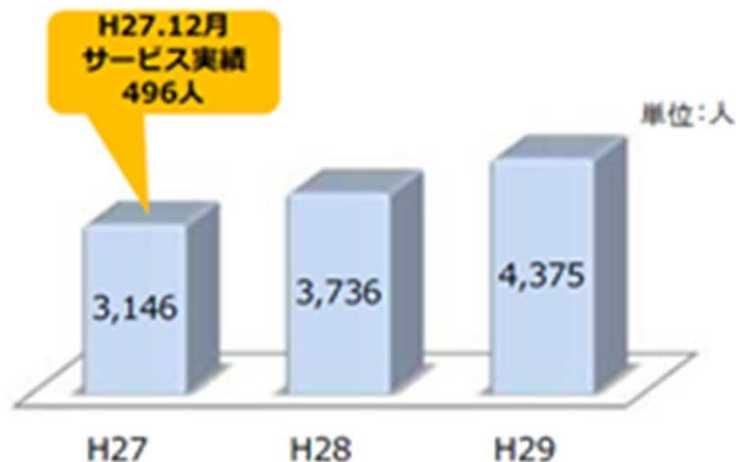
都道府県別 計画相談支援実績 (H27.12：厚生労働省調べ)



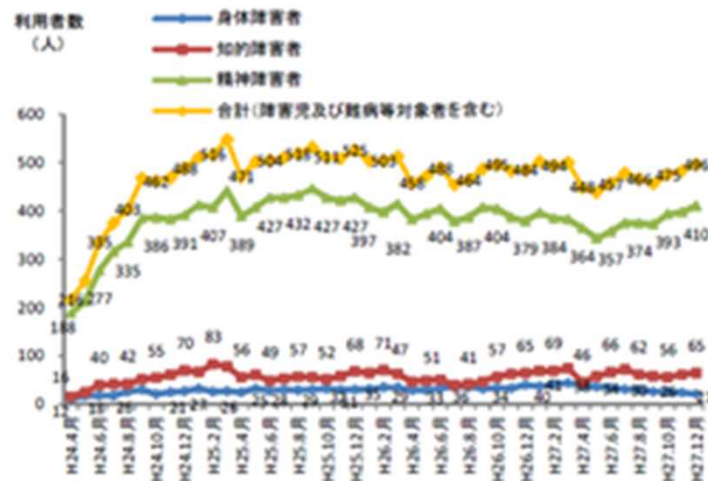
↑ 同月の障害福祉サービス・地域相談支援の利用者のうち既にサービス等利用計画を作成しているものの割合

地域移行支援の利用者数等(厚労省資料)

第4期障害福祉計画における見込み量



障害別利用者数の推移(H24.4～H27.8)



4. 就労支援等について

就労支援事業所の利用にあたっては、その利用開始時や継続時に「医療的視点」も加味して適否や内容等の判断を行う必要がある。かかりつけの主治医がいる障害者の場合は「**かかりつけ医の意見書**」の作成を義務化し、「**かかりつけ医意見書作成費**」を新規に報酬化を要望する。(視点1)

就労系サービスを提供する際には、就労における適正のアセスメントや、本人に合った事業内容を検討する作業療法士の存在が不可欠であるため、就労系サービスにおいて「**作業療法士配置加算**」の新設を要望する。(視点1)

5. 食事提供体制加算について

食事提供体制加算は、平成27年3月31日までとなっている時期措置を平成30年3月31日まで延長された。生活介護、自立訓練、就労移行支援等の場合、食事提供体制加算が42単位/日→30単位/日になった。障害者にとって、障害福祉サービスを進めていくうえで、日々の食事提供体制加算がなくなると大きな負担となる。

「食事提供体制加算」のさらなる適用期限の延長を要望する。(視点3)

食事提供体制加算の適用期限の延長等

- 平成27年3月31日までとなっている時限措置について、平成30年3月31日まで延長。
- 食事の提供に要する費用の実態を踏まえ、食事提供体制加算の加算単位について見直し。

<生活介護、自立訓練、就労移行支援等の場合>

食事提供体制加算 42単位/日 → 30単位/日

(参考資料)

公益社団法人 日本精神科病院協会 会員病院が保有している障害者総合支援法に定める施設数

障害者総合支援法に定める施設	施設数
居宅介護	88
重度障害者等包括支援	1
短期入所	105
生活介護	25
生活訓練宿泊	130
就労移行支援	86
就労継続支援 A型	18
就労継続支援 B型	188
共同生活援助 包括型	625
共同生活援助 委託型	637
退院支援施設	1
移動支援	22
地域活動支援センター I型	178
地域活動支援センター II型	5
地域活動支援センター III型	14
福祉ホーム	26
指定特定相談支援事業	314
指定一般相談支援事業	254
相談支援	8
計	2,725

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等

全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク

代表 森 敏幸



全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク(全精福祉ネット)の概要

1. 設立年月日:平成21年9月1日

2. 活動目的及び主な活動内容:

当会は、精神障がい者を支援する全国の社会福祉事業者及び関係団体との連携協力を深め、諸活動を通じて精神障がい者の社会福祉の促進及び充実を図ることを目的に創設され、①精神障がい当事者を主軸に据えた政策の提言、②障がい当事者支援の質の向上や地域生活支援の充実に向けた取組、③地域で暮らす生活者としての権利の確立などを目標に掲げつつ現在まで活動をしている。

【主な活動内容】

- ・ 全国研修会及びブロック研修会の開催
- ・ 会員に向けた精神保健福祉等に係る制度・政策等の情報提供
- ・ 災害被災地の会員事業所等への支援
- ・ メールマガジンの発行
- ・ 他団体との連携、協力体制作り(精神保健福祉事業団体連絡会)

3. 会員事業所数 275事業所(3道府県組織を含む)

4. 団体代表 代表 森 敏 幸

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

1. 相談支援事業に関する意見について

(1)「地域定着支援」「計画相談」について

- ・ 地域定着支援については、「常時の連絡体制の確保」を実施するには現行報酬では困難なことから見直しをしていただきたい。
- ・ 計画相談については、相談支援専門員の担当数に制限がなく、運営上一人あたり100名超を抱える事業所もある。介護支援専門員の標準担当件数が35名に見直された例からも、相談支援専門員の負担軽減となる報酬上の見直しをしていただきたい。

2. 就労支援(移行、継続A、継続B)に関する意見について

(1)就労移行支援事業について

- ・ 就労移行支援事業については、新たな利用者の確保が困難な事業所も多くあることから、地域内のニーズに基づいた計画的な配置や、入口となるハローワークとの連携を強化するなど、事業が効果的に機能する仕組みを構築すべきである。

(2)就労継続支援A型事業について

- ・ 就労継続支援A型事業については、一部に公的資金が営利目的に利用される事例や本来の在り方から逸脱する事例も散見され、平成27年より「適正化」に向けた動きとなったが、同様の事例は後を絶たない現状があることから更なる措置も必要。
- ・ 現在のハローワークの職業紹介の流れや障害者雇用率への算入状況、障害者就業・生活支援センターとの整合性から、同事業を障がい福祉サービスから切り離して「保護雇用」の場として再編してはどうか。

(3)就労継続支援B型事業について

- ・ 精神障がい者の障害特性や通院等による利用実態を踏まえて、欠席時対応加算を月4日から月8日としていただきたい。
- ・ 日中活動支援の月マイナス8日の原則については、支援の実態を踏まえた算定とするよう見直しをしていただきたい。

3. 日中活動(地活など)に関する意見について

(1)地域活動支援センターについて

- ・ 地域活動支援センターは市町村事業であるため、障がい理解の浅深の度合いにより市町村によって地域間格差が生じていることから、国による明確な設置基準を設ける必要がある。

(2)自立訓練(生活訓練)事業について

- ・ 生活訓練事業の訪問型は、個別性の高いきめ細かな支援が必要とされるが、通所より単価が低い見直しが必要。また、生活訓練事業については訪問型のみでも事業運営が可能となるような仕組みを作っていただきたい。

4. 共同生活援助事業等の住まいの場に関する意見について

(1)宿泊型生活訓練事業について

- ・ 宿泊型生活訓練は高い専門性が求められるため、専門職員の確保や支援の内容に見合った報酬の見直しをしていただきたい。
- ・ 有期限であるため空床が生じるが、長期入院者の地域移行を促進するための支援施設として有効に機能する仕組みにすべき。

(2)共同生活援助事業について

- ・ 小規模のグループホームが安定的に運営できるよう報酬の見直しをしていただきたい。また、入居者の重度化、高齢化により、内部疾患等に対応するため、栄養士の栄養管理を評価する「栄養管理等加算」を創設していただきたい。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

1. 相談支援事業に対する支援の課題及び対処方策について

(1)「地域定着支援」「計画相談」について

- 地域定着支援を実施するにあたっては、24時間365日の「常時の連絡体制の確保」が必要になるが、これを無理なく行うためには、職員6名程度で事業専用の携帯電話で対応(一人あたり月5日程度)する体制が必要である。対象者が一人であれば302単位なので1日100円程度の報酬にしかならず、いつ連絡が来るかも知れない緊張感や心理的拘束が伴う負担感を考えれば現行の報酬基準では事業に取り組む事業所は少ないと考えられることから、報酬のあり方の検討が必要である。(視点1)
- 今後、さらに国の施策として長期入院者の地域移行を進めるなかでの地域定着支援の役割は重要になると思われるが、日中の支援に加えて、休日や夜間帯の体制を事業として成り立つような仕組みが必要である。(視点2)
- 相談支援専門員の一人あたりの計画相談の件数が多すぎる現状として、特定相談支援事業所が増加しないことが理由に挙げられる。要因としては、報酬単価が低いことで相談支援専門員の確保が難しいことであり、事業所が計画相談のみで事業運営できる報酬単価の見直しが必要である。(視点1)
- 計画相談は福祉サービスを受ける利用者のケースマネジメントとして重要な役割を担っているが、無理なく事業が成り立つような報酬の在り方に加えて、相談支援専門員の充足が不可欠であることから養成研修の機会を増やすことが望まれる。(視点1)

2. 就労支援(移行、継続A、継続B)の課題及び対処方策について

(1)就労移行支援事業について

- 現行の就労移行支援事業の課題としては、就労移行支援事業所数の地域ニーズとのバランスの格差やハローワークとの連携が十分に機能していないことが挙げられるが、地域によってはニーズを上回る事業所が存在したり、ハローワークの障害者雇用先の紹介がA型事業所に集中している例もみられるなど、一般就労に向けた支援策が十分に機能していない現状があることから、入口から出口までが効果的に機能するような仕組みが求められる。(視点2)

(2)就労継続支援A型事業について

- 就労継続支援A型事業所における適正な運営を図るため、既に指定基準等の見直しが行われたところであるが、ある地域のA型事業所では、最低賃金が支給出来る生産活動を行っていないのに監督官庁からは口頭指導のみであったこと。特定求職者雇用開発助成金を受給している事業所が利用者に嫌がらせ等を行い一定期間で退職に至らせる事例など、本来の事業目的から逸脱する事業所が未だ散見されている。制度の根幹を揺るがすこうした事例については、監督官庁の強い指導の下、指定取り消し等の厳格な措置で臨むべき。(視点3)
- 平成26年6月の国の資料によると、ハローワークの障害者の職業紹介状況は新体系事業が開始された平成18年から平成26年にかけて2倍近くの84,602件となっており、そのうち精神障がい者の増加率は9年間で3.4倍となるなど、全体の40.8%を占めている。また、新規求職申込者数は約1.7倍と増加傾向にある。障害者雇用状況としては民間企業の実雇用率1.82%、法定雇用率を達成

している企業が44.7%とし、平成25年4月に引き上げた法定雇用率(2.0%)には届かないものの、障害者雇用数は過去11年で過去最高で「障害者雇用は着実に進展」としている。しかしながら、この雇用実績には、障害福祉サービスである就労継続支援A型が含まれている。幾つかの県の例を挙げると、労働局把握の障害者雇用数のうちのA型の割合は、K県が53.6%、G県が48.9%で、F県が45.2%となっている。(視点3)

- 既述のように、就労継続支援A型事業が障害者雇用率に算入されている実状もあり、一定の労働者性の下で福祉的支援を受けながら就労をしており、現行制度での障害者就業・生活支援センターなどとの整合性を図る観点からも、障害福祉サービスから切り離して、労働財源による「保護雇用の場」として制度的な見直しをすべきである。将来的には、我が国が批准しているILOの条約や第99号勧告を遵守できる制度として整理すべきと考える。(視点3)

(3) 就労継続支援B型事業について

- 精神保健福祉事業団体連絡会による別紙「参考資料：(1)精神障がい者支援事業所の利用状況に係る緊急調査」(サンプリングとしては少ないが、利用率においては旧法時期の他団体が実施した大規模調査と大きな差異はない)から、就労継続支援B型事業所によるそれぞれの平均は①定員21名、②登録者数29.4名、③登録者平均利用率59.6%、④定員平均利用率が80.5%となっているが、精神障がい者の障害特性や通院等の理由から実質的な平均利用率は6割に留まっている。新体系事業によって三障害一元化とはなったが、障がいによる格差が運営面からも顕在化しており、現行の欠席時対応加算月4日は8割程度の利用率を基準にしたものと思われることから、利用率6割を基準とした月8日に見直ししていただきたい。(視点1)
- 同資料の「(2)精神障がい者支援事業所の利用状況に係る緊急調査(就労継続支援B型事業)」では、定員の規模は20名が最も多く半数以上を占めるが、平均の登録者は定員の1.4倍(定員割れの事業所も含む)と、他の障がいと比べて実際に支援している利用者が多い実状がある。とくに重度の利用者については生活支援を含めて月22日を超えて支援する場合もあることから、現行の日中活動支援の月マイナス8日の原則の見直しをお願いしたい。(視点2)

3. 日中活動(地活など)の課題及び対処方策について

(1) 地域活動支援センターについて

- K市では地域活動支援事業を廃止する方向であり、実際に一部の事業所を除いて国庫事業(就労継続支援B型等)の移行を進められた。K市在住の方が地域活動支援事業を利用するために近隣の市町村にある事業所を利用されているケースもある。とくに精神障がい者は日中の居場所を求めるニーズも多く、憩いの場やピア活動などを実施する地域活動支援センター事業の役割は重要である。しかしながら市町村事業であるため、当該事業の設置判断はその自治体の判断に委ねられており、精神障がい者の福祉的な理解度は、制度面での歴史的経緯もあって市町村による浅深の度合いは否めず、全国的な地域間格差が生じている。障がい当事者がどこに住んでも同じ福祉サービスが等しく受けられるべく、国が主導して進めていただきたい。(視点2)

(2) 自立訓練(生活訓練)事業について

- 訪問型生活訓練には、一対一での個別対応で幅広い支援が必要となってくるにもかかわらず、通所に比べ、単価が低い。利用者の都合で不在となったりして支援ができなくなったり、何度も訪問する事になる場合がある。精神科の訪問看護に比べ単価が低く精神科訪問看護は、90分を超えると520点の加算が、複数訪問には450点の加算が認められていることから、訪問型生活訓練にも同様の加算の考え方を検討していただきたい。(視点1)
- 引きこもりや通所支援が困難な重度の精神障がい者等の効果的な支援策としてのアウトリーチ事業として、訪問型の生活訓練事業が有効と思われ、単独でも事業運営できるよう事業の仕組みを見直していただきたい。(視点2)
- 医療観察法対象であった利用者は、宿泊型利用に関しては単価の加算が認められているが、通所型生活訓練には認められていないので、通所型生活訓練事業を利用する場合の加算を検討していただきたい。(視点2)

4. 共同生活援助事業等の住まいの場に対する支援の課題及び対処方策について

(1) 宿泊型自立訓練事業について

- 宿泊型生活訓練事業で精神障がい者を支援するには高い専門性が求められることから専門職員は必置とし、一定の配置基準に基づいた報酬算定としていただきたい。また、空床でショートステイを実施する際に職員を配置する必要があるが、職員の夜勤手当に見合う報酬が十分に担保されていないので見直しをお願いしたい。(視点1)
- 宿泊型生活訓練事業は有期限であり、待機者が少ないため空床が生じている。第5期障害福祉計画等に係る国の基本方針の平成32年度末までの目標の見直しによる長期入院者の地域移行を促進する観点からも、有効に機能する社会資源として活用出来る仕組みを整えていただきたい。(視点2)

(2) 共同生活援助事業について

- 国はグループホームの大規模減算の施策をとっているが、現行の報酬単価では小規模のグループホームの運営は人件費等を賄うのが困難で経営的に安定させにくい。小規模のグループホームの設置が促進できるよう報酬加算を見直していただきたい。(視点2)
- 最近のグループホームでは、重度障がい者や高齢障がい者の入居する割合が徐々に高まりつつある。こうした重度・高齢障がい者の中には、本来の障がいに加えて、内部疾患等に罹患している方々も多く、生活障害への支援に加えて、介護や栄養管理を含めた食事管理を必要とするケースが増加しつつある。しかしながら、多くの事業所においては、栄養管理・食事管理ができるスタッフがいないことで、やむなく住み慣れた事業所を退居せざるを得ない入居者が増えている。こうした課題に対応するためには、栄養管理を含めた食事管理に専門的な知識を有した栄養士などの職員を確保する必要があることから、共同生活援助事業における栄養管理等加算を創設していただきたい。(視点2)

(参考資料)

(1) 精神障がい者支援事業所(個別給付事業)の利用状況に係る緊急調査

(平成29年6月30日集計)

	参考数(N)	定員 [A]			登録者数 [B]			延べ人数 [C]			開所日数 [D]			登録者平均利用率 [E=C÷(B×D)]			定員平均利用率 [F=C÷(A×D)]		
		平均	最大	最小	平均	最大	最小	平均	最大	最小	平均	最大	最小	平均	最大	最小	平均	最大	最小
生活介護	14	16.57	24.00	8.00	19.36	44.00	6.00	224.43	437.00	73.00	24.00	30.00	20.00	52.71%	90.15%	30.42%	55.93%	93.75%	34.83%
自立訓練(生活訓練)	28	16.46	40.00	6.00	15.86	35.00	6.00	214.18	515.00	10.00	23.25	31.00	20.00	59.96%	100.98%	3.33%	57.26%	114.65%	3.33%
就労移行支援	11	9.18	20.00	6.00	7.09	16.00	3.00	108.36	181.00	23.00	21.73	25.00	20.00	78.64%	106.67%	7.19%	59.28%	94.44%	9.58%
就労継続支援A型	5	17.00	21.00	10.00	20.40	33.00	6.00	306.60	431.00	112.00	24.20	30.00	20.00	64.35%	88.89%	31.19%	69.14%	101.90%	46.79%
就労継続支援B型	81	21.01	42.00	10.00	29.35	82.00	10.00	370.22	928.00	100.00	22.00	30.00	19.00	59.57%	88.50%	33.90%	80.46%	122.50%	29.50%
総 合	139	18.57	42.00	6.00	23.54	82.00	3.00	301.09	928.00	10.00	22.51	31.00	19.00	60.64%	106.67%	3.33%	71.23%	122.50%	3.33%

調査団体：精神保健福祉事業団体連絡会(精事連)

(2) 精神障がい者支援事業所の利用状況に係る緊急調査(就労継続支援B型事業)

定員

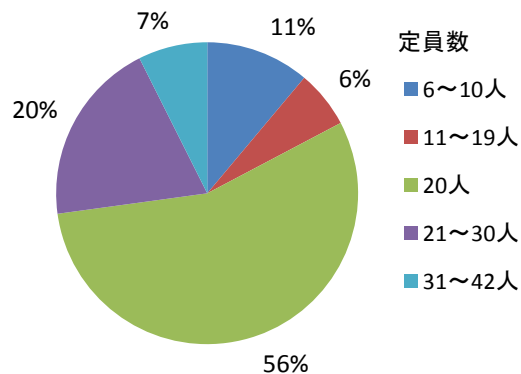


図1 登録者数

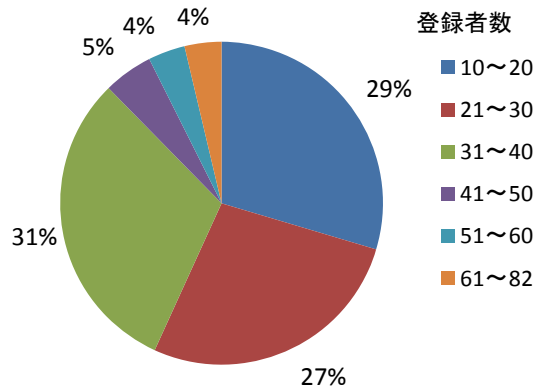
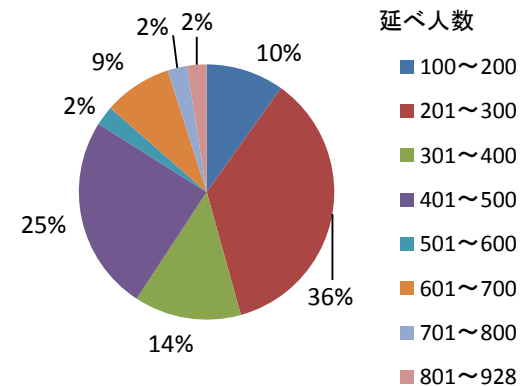


図2 延べ人数



4月開所日数

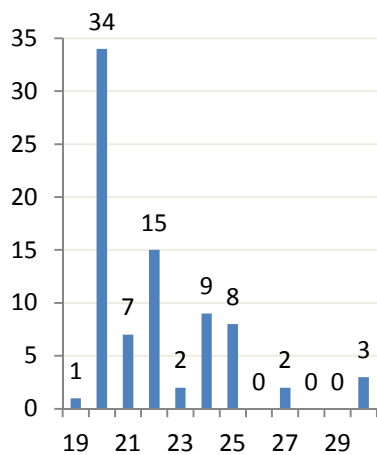


図4 登録者平均利用率

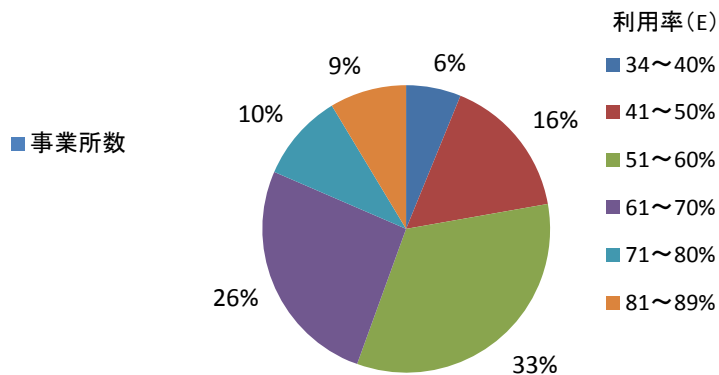


図5 定員平均利用率

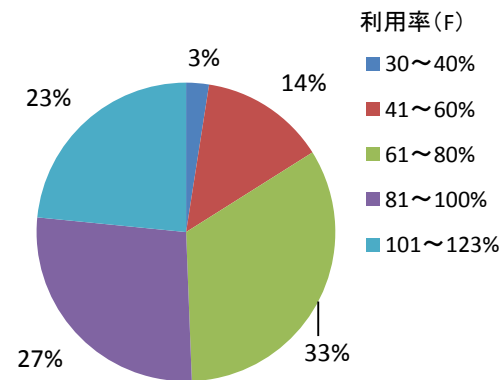


図3

図6

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

一般社団法人 日本精神保健福祉事業連合

代表 上野容子

一般社団法人 日本精神保健福祉事業連合の概要

1 設立年月日 平成 22 年 7 月 8 日

2 活動目的及び主な活動内容

当法人は、精神保健福祉に係わる支援者が連携し、精神障害のある者及びその家族が地域社会の中で孤立せず、健康的文化的な生活ができるよう支援することを目的に設立された。目標として、早期相談支援からエンディングサポートまで、ライフステージに応じた体制整備の実現を目指し、活動している。

【主な活動内容】

- ・ 精神保健福祉に関する調査・研究活動 ・ 全国研修会の開催 ・ ホームページの運営
- ・ オリンピック・パラリンピック全国ネットワークへの参加
- ・ 精神保健福祉事業団体連絡会への参画、その他

3 加盟団体数 156 団体（平成 29 年 5 月 時点）

4 会員数 218 事業所（平成 29 年 5 月 時点）

5 法人代表 代表 上野 容子
社会福祉法人 豊芯会理事長 東京家政大学教授

平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

- 報酬改定ヒヤリングにあたり、当会は、(1) 計画相談支援給付費、(2) 共同生活援助サービス費、(3) 地域活動支援センターの 3 点について、意見を述べたいと思います。この 3 点に絞った理由ですが、厚労省は、2004 年の『精神保健医療福祉の改革ビジョン』で、「入院医療中心から地域生活支援へ」という施策方針に基づき、1)精神科医療改革(早期退院の実現等)、2)地域生活支援の強化、3)国民の理解の喚起、等を通じて、7 万床の病床削減を打ち出しました。
しかし、10 年以上経過した今日においても道のりは遠く、障害者権利条約を批准した現在、こうした施策経過を踏まえ、地域社会の中に住まう場、活動の場を保障することが、喫緊の課題であるとの認識から、上記の 3 点に絞りました。
- 一方、伸び続けている障害者福祉サービス給付費の中で、放課後デイ、生活介護、就労継続支援 A 型、B 型の 4 事業で、90%を占め、地域生活支援の最もベーシックな事業である共同生活援助事業や計画相談事業は、経営的に極めて厳しい状況にあります。又、地域生活支援事業(裁量的経)費は、10 年前に比較してほぼ横ばい状態で、とりわけ地域活動支援センターは、大幅な縮小傾向にあります。地域生活支援に係わる 2 事業が、こうした傾向が続く限り、『社会的・長期入院者』の解消は、単なる目標に終わってしまうのではと、危惧しています。
- この度の報酬改定に当たっては、「社会的・長期入院者」問題を解決する観点から、地域生活支援の受け皿として共同生活援助事業及び、地域活動支援センターの整備促進につながる報酬改定を強く希望します。

平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

1 視点—1 より質の高いサービスをしていく上での課題、対処方策等について

(1) 計画相談支援給付費について

【意見・提案を行う背景、論拠】

厚労省では、モニタリングに関して利用者への適切なマネジメントを継続的・効果的に行うため、きめ細かなモニタリングを実施できるよう推奨しています。しかし、支援計画案の作成、モニタリングの実施プロセスの中で、報酬の対象とならない、本人からの電話対応、施設見学、通院同行、カンファレンス、サービス提供事業所との情報共有等連絡、調整等、所謂「基本相談」の部分にかなり時間がとられるのが、現状です。また、モニタリングの回数に制限があることから、採算面でかなり厳しい状況にあります。こうした中で、事業を継続するために、他職種との兼務や、法人本部から赤字補填を行い、何とか事業を継続しているのが現状です。こうした現状からやむを得ずケース数を増やすことで、結果として「きめ細かさ」とはかけ離れたサービスの質の低下と、職員の疲弊を招いているが実情です。

計画相談員は、本来、地域を基盤としたソーシャルワーカーとして活躍が期待されています。その職責を果たし、本人や家族に寄り添った支援計画を作成するには、こうした窮状を改善できる、報酬改定を希望します。

【意見・提案の内容】

利用者への適切なマネジメントを継続的、効果的に実施するためには、きめ細やかな対応が必要です。その為の具体的な方策として、

- ① 相談支援専門員による定期的な訪問による相談支援等直接的な支援をモニタリングとして認定してください。これによりきめ細やかな対応ができることで、本人や家族も安心感が得られるとともに、本人の持つ可能性や潜在能力を高めることが期待できます。

- ② こうしたことを具体化するために、モニタリング回数を原則 2 ヶ月に一回程度実施できるよう、柔軟な取り扱いが必要です。又、この実施に当たって、役所の同意については、簡素な手続きとしてください。
- ③ この制度設計に当たっては、持ちケース 50 人から 55 人程度で、経営が成り立つ制度として下さい。
- ④ この場合、同一事業法人のサービス提供を利用するケースは、上限を設定することが合理的です。又上限を超えた場合は、減算の対象とすることも併せて提案します。

視点-2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

(1) 共同生活援助サービス事業について

【意見・提案を行う背景、論拠】

概要でも触れましたが、共同生活援助サービス事業も、計画相談と双璧とも言える厳しい経営を強いられています。この住まう場の中核的役割を担っている共同生活援助サービスの伸びが低いのは、報酬単価が低いことにあります。社会的・長期入院者の解消し、地域生活支援体制の推進のためには、報酬単価の大幅な増額改定が必要です。又、退院可能な精神障害者の過半数が 65 歳以上であることから、65 歳以上を中心に受け入れる GH の加算が必要です。横浜市においては、3 年前から重度対応型グループホームのモデル事業を実施してきましたが、このホームの利用者の大半は支援区分 5 から 6 の人です。退院可能な精神障害者が地域で生活できるようにするためには、基本単価の増額と支援区分 4 以上を対象とした重度対応型グループホームへの加算の仕組みの検討をお願いします。

【意見・提案の内容】

厚労省は、平成 30 年から 3 年間で、全国で 3 万 9 千人の地域移行を進めることとしていますが、これを着実に実行するためには、多角的な居住支援対策に加えて、共同生活援助サービス事業の報酬基本単価アップと重度対応型グループホーム加算の新設は不可欠です。重度対応型グループホーム加算の検討に当たっては、横浜市が平成 27 年から実施している横浜市高齢化対応モデル事業(参考資料)を元に検討して下さい。

(2) 地域活動支援センターについて

【意見・提案を行う背景】

長期入院者の退院後の日中活動の場、引きこもりの人達の社会参加への第一ステップとして、地域活動支援センター(旧小規模作業所)は、精神障害者が相互交流、創作的活動や文化的な活動を通して、病気を受容し新たな生き方を模索する場として大きな役割を果たしてきました。

しかし、この事業の支出根拠となっている地域生活支援事業費(裁量的経費)の予算額は、平成 19 年度から今日までほぼ横ばい状態で推移しています。又、この経費が充当されている地域活動支援センターは、市町村の方針もあいまって地域活動支援センターの設置抑制・打ち切りなどで、設置数は減少し、就労継続支援 B 型への移行が進んでいます。その結果、就労 B は制度の理念の「液状化」とも言うべき状況が進行し、端的に、旧授産施設型と旧作業所型に、二極化が進行しています。この二極化によって、日中の活動の場を必要としている利用者にとって、地域の中での居場所がなくなっている事態が進行しています。65 歳の長期入院者の退院先として、就労訓練先が現実的でしょうか。長期に引きこもっている人々の社会参加の第一歩として、就労 B が、本人に寄り添った支援ができるのでしょうか。まして、精神障害者の出席率は 5 割強で、知的・身体に比べて出席率に格段の違いがあり、出席率がダイレクトに収入に直結する個別給付事業で受け止めざるを得ない多くの法人事業者は、複雑な思いを抱えつつ苦渋の選択をし、運営に当たっています。

【意見・提言の内容】

上記の課題を解決し、長期入院者の地域の中での日中の活動の場、引きこもりの人達の社会参加の第一ステップの受け皿として、① 就労 B の二極化の実態に即した見直し、② 総合福祉部会の骨格提言の中にあるディアクティビティーセンターの制度化、③ 地域活動支援センター、等が考えられますが、 当会としては、地域活動支援センターの整備促進策が、現実的であると考えます。 繰り返しになりますが、① 日中の活動場所と、②グループホーム等の居住支援の場無に、地域生活支援は進みません。平成 30 年から 32 年の 3 年間で、3 万 9 千人の地域移行を進めるには、この二つの事業の整備促進が不可欠です。この度の報酬改定に当たっては、この点に格段の御配慮を重ねてお願いします。特に地域活動支援センターについては、個別給付事業に位置づけ、支払い方法については月払いとしてください。

視点—3 障害福祉サービス等に係わる予算が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

- ① 障害者自立支援法施行から、障害者サービス給付費が、2倍以上に増えたことについて、厚生労働省をはじめ関係各位の皆さまの御尽力の賜物と、心から感謝したいと思います。
- ② 就労Bの目標工賃達成指導員配置加算について、平成25年3月から平成28年12月にかけて、約13億から20億へと大きく増加し、年単位で240億以上に達しています。就労Bが旧授産施設型と旧作業所型に2極化している中、必ずしも工賃増加につながっているとは言い難い側面もあり、効果の検証のがあるのもいいのではないかと。

一方、制度の持続可能性という点で事業者の立場からすると、特にグループホームでは人材確保が厳しい状況にあり、人材確保の観点からも、逆の意味での制度の持続可能性について検討すべきではないかと。

- ③ 又、制度の持続可能性の確保については、2004年に示された『精神医療福祉改革ビジョン』の趣旨を踏まえ、精神医療改革については、1)精神科特例の廃止を前提とした精神科病院の機能別再編強化と、精神科の万対病床数を欧米並みの水準に政策誘導することや、2)抗精神薬の減薬の促進、3)統合失調症の発病時期が14歳から15歳であることの研究成果を踏まえ、教育を含めた早期相談支援体制を構築する等の、抜本的対策が必要ではないでしょうか。こうした抜本的対策を実行することで、地域移行・地域定着支援事業や、退院促進事業等の事業は、まったく必要なくなるかと考えます。

以上

(参考資料) 横浜市障害者グループホーム高齢化対応モデル事業実施要綱(平成 26 年 2 月)

別表 2(第 9 条)

補助項目	補助基準額	算定方法	補助対象額
整備費	1 ホーム 3,000,000 円	当該経費の実支出額と補助基準額のうち、少ない方の額	ホームの権利取得費・家屋改造費
初度調弁費	1 ホーム 500,000 円		入居者が共用する家具、什器、入居者の支援に資する備品等
	1 ホーム 500,000 円		入居者の支援に必要となる医療用備品等

別表 3(第 9 条)

補助項目	補助基準額	算定方法・特記事項	補助対象
運 営 費	定員 7 名以下 1 ホーム月額 177,000 円	月額家賃の 1/2 と補助基準額のうち、少ないほうの額	事業所における家賃賃借料又は土地賃借料
	定員 8 名以上 1 ホーム月額 295,000 円		
	水道料金 一人月額 1,300 円	補助基準額×月の初日(1 日)時点の入居者数	横浜市が援護の実施期間となる者
	要介護支援費 1 ホーム月額 96,700 円	各ホームにおける月の初日(1 日)時点の入居者の障害状況により算定	横浜市が援護実施機関となる区分 2 以上の者が入居しているホーム
モデル事業費	1 ホーム年額 看護師 5,668,800 円 1 ホーム年額 栄養士 2,136,000 円 1 ホーム年額 調理員 3,504,000 円 1 ホーム年額 専従職員 3,804,000 円	月額賃金相当額×12ヶ月 (総額、15,112,800 円を上乗せ)	看護師、栄養士等賃金、その他グループホーム運営に要する経費

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

認定NPO法人
難病のこども支援全国ネットワーク

専務理事 福島 慎吾

認定NPO法人難病のこども支援全国ネットワークの概要

1. 設立年月日：平成10年2月1日

2. 活動目的及び主な活動内容：

難病や慢性疾病、障害のある子どもの親たちと、小児科医を中心にした医療関係者が集まって活動が始まった。病気や障害のある子どもと家族、ならびにこれらを支援する人々を対象にして、ときのニーズに応じながら、相談活動・交流活動・啓発活動と情報提供を行ってきた。

【主な活動内容】

- ・ 相談活動（電話相談室、遺伝相談、ピアサポート）
- ・ 交流活動（サマーキャンプ“がんばれ共和国”、親の会連絡会、サンタクロースの病院訪問）
- ・ 啓発活動（こどもの難病シンポジウム、あそボラ、病弱教育セミナー、自立支援員研修会）
- ・ 東京都委託小児慢性特定疾病児童等自立支援事業
- ・ レスパイト施設“あおぞら共和国”の建国と運営 など

3. 親の会連絡会参加団体数：60団体（平成29年5月時点）

4. 会員数：807名（平成29年5月時点）

5. 法人代表： 会長 岡 明

(1) 医療的ケアのある子どもへの支援について

- ・ 障害福祉サービスに訪問看護を新たに位置付け、現在、必要な障害福祉制度の利用に結びついていない医療依存度の高い利用者への支援を確保する必要がある。(視点1)
- ・ 一定の研修を受けて医療的ケアを行うことのできるヘルパーを派遣するヘルパー事業所に対する報酬の加算など、更なるインセンティブが必要。(視点2)
- ・ 必要な人が必要なタイミングで喀痰吸引等研修を受講できるように、研修機関および養成施設への経済的な支援も同時に必要。(視点2)

(2) 通常の学級に在籍する子どもたちへの支援について

- ・ 学校内、宿泊をとまなう修学旅行や林間学校などを含む校外学習時においても、障害福祉サービスの居宅介護や重度訪問介護、医療保険による訪問看護を利用できるようにすべき。(視点1)
- ・ 通学が保証されなければ、教育機会を保証することにはならない。学校への通学時においても、重度訪問介護や移動支援を利用できるようにすべき。また、ヘルパー自身が運転する車による通学支援も必要。(視点1)

(3) 家族支援の必要性とその充実について

- ・ レスパイトやショートステイなどのサービスの確保、ピアサポートや親の会など当事者による体験的知識を活かした相談支援に重点化した、報酬の改定が必要。(視点1、3)

(1) 医療的ケアのある子どもへの支援について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ たんの吸引、経管栄養、導尿などの、いわゆる医療的ケアの必要な子どもたちが医療機関を退院し、在宅へ移行するケースが増えているが、現行の障害福祉サービス、とくに居宅系サービスには、医療に分類されている行為を必要としている子どもが使うことのできるサービスが制度上存在せず、これは日常生活において介護者たる家族の大きな負担となっている。
- ・ 医療的ケアがあるため、幼稚園や保育所、学校への受入れに制約が生じたり、集団活動や学習活動等から排除されたりする例は、いまでも枚挙に暇がない。
- ・ 難病や慢性疾患を原因とする障害については、医療と福祉を切り離して考えることが難しく、医療保険制度と障害福祉サービスの谷間を作らない制度の構築が必要。
- ・ 子どもに対する訪問看護は、医療保険制度のひとつとして実施されていますが、診療報酬上の制約が多く長時間や頻回の利用は難しいのが現状。

【意見・提案の内容】

- ・ これらの課題に対応するためには、障害福祉サービスに訪問看護を新たに位置付け、現在、必要な障害福祉制度の利用に結びついていない医療依存度の高い利用者への支援を確保する必要がある。(視点1)
- ・ 一定の研修を受けて医療的ケアを行うことのできるヘルパーを派遣するヘルパー事業所に対する報酬の加算など、更なるインセンティブが必要。(視点2)
- ・ 必要な人が必要なタイミングで喀痰吸引等研修を受講できるように、研修機関および養成施設への経済的な支援も同時に必要。(視点2)

(2) 通常の学級に在籍する子どもたちへの支援について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ 特別支援学校における基礎的環境整備との差を埋めるための合理的な配慮の提供が不可欠。とくに通常の学級においては、親の付き添いをなかば強要されたり、修学旅行に連れて行ってもらえないなどの差別事例がまだまだに聞こえてくる。

【意見・提案の内容】

- ・ この課題に対応するためには、特別支援教育支援員(介助員)制度だけでは、多様な子どものニーズや校外学習などに対応しきれないこともしばしば。学校内、宿泊をともなう修学旅行や林間学校などを含む校外学習時においても、障害福祉サービスの居宅介護や重度訪問介護、医療保険による訪問看護を利用できるようにすべき。(視点1)
- ・ 通学が保証されなければ、教育機会を保証することにはならない。学校への通学時においても、重度訪問介護や移動支援を利用できるようにするべき。また、ヘルパー自身が運転する車による通学支援も必要。(視点1)

(3) 家族支援の必要性とその充実について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ 難病や慢性疾患、障害のある子どもの子育ては、保育や学校教育、そして就労という子どもの成長・発達・自立のライフステージにおいて、親自身による体験的知識だけでは解決することの困難なことに向き合わなければならないことも多く、ライフスタイルの大幅な変更や、自己実現をあきらめざるを得ないなど、家族全体に大きな影響を及ぼす。
- ・ 家族による丸抱えの生活は、子どもの発達や成長にも大きな影響を与えるため、その自律(autonomy)や社会参加の制約要因となっていることにも目を向ける必要がある。
- ・ 難病や慢性疾患、障害のある子ども本人への支援に加えて、その親やきょうだいをも含めた包括的な家族支援が必要。

【意見・提案の内容】

- ・ これらの課題に対応するためには、レスパイトやショートステイなどのサービスの確保、ピアサポートや親の会など当事者による体験的知識を活かした相談支援に重点化した、報酬の改定が必要。(視点1、3)

(参考資料)

(1) 「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告
(平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業)

平成28年12月13日 埼玉医科大学総合医療センター 研究代表者: 田村 正徳

医療的ケア児数

- 0～19歳の医療的ケア児数は増加傾向にあり、平成27年度は1.7万人。
- 26年度からは小児で在宅人工呼吸指導管理料とその他の指導料とのダブルカウントが発生しているが、25年度以降の総数の増加は年間600～700程度であり、ダブルカウントの影響は大きくないと考えられる。

医療的ケア児者数	
年度	0-19歳
H17	9403
H18	9967
H19	8438
H20	10413
H21	13968
H22	10702
H23	14803
H24	13488
H25	15788
H26	16475
H27	17078



平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



公益社団法人
全国精神保健福祉会連合会
理事長 本條 義和

公益社団法人 全国精神保健福祉会(みんなねっと)の概要

1. 設立年月日:平成18年11月30日 特定非営利活動法人発足
平成22年 7月 1日 一般社団法人設立
平成22年12月22日 公益社団法人変更承認

2. 活動目的及び主な活動内容:

当法人は、広く一般市民を対象として精神障がい者の自立と社会参加の促進に資するための社会啓発及び広報活動、精神障がい者とその家族に対する相談・支援、並びに精神障がい者の社会参加等に関する調査研究・施策提言を行い、精神障がい者とその家族の福祉の増進に寄与することを目的とする。

【主な活動内容】

- ・精神保健福祉の向上に資するための社会啓発、広報事業
- ・精神障がい者とその家族に対する相談、支援事業
- ・精神障がい者の社会参加を推進するための調査、研究事業
- ・家族会活動の育成強化及び当事者活動の支援を図る事業
- ・関係機関、団体との連絡、調整に関する事業
- ・その他、当法人の目的を達成するために必要な事業
- ・全国大会・ブロック研修大会の開催
- ・機関誌の発行

3. 加盟団体数(又は支部数等):47都道府県連合会(平成29年5月時点)
4. 会員数:47(平成29年5月時点)
5. 機関誌:月刊12,000部発行(平成29年5月時点)
6. 法人代表: 理事長 本條義和

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

視点-1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

1. 共生型事業所構想の留意点

共生型サービス事業所構想に関しては、精神障害やその支援の独自性が介護保険事業所に理解されるような仕組みが必要と思われる。

2. 自立生活援助の対象拡大

新たに実施される自立生活援助について、対象を障害者支援施設やグループホーム利用者だけでなく、家族同居で自立生活を希望する障害者も対象とすべきである。

3. 地域相談支援(移行)を加算対象に

平成29年度報酬改定にあたって、地域相談支援(移行)が加算非対象となっているが、事業の重要性に鑑み加算対象とするべきである。

4. 相談支援事業における家庭連携加算

障害児通所支援において、家庭連携加算が付与されているが、精神障害者の自立と社会参加を推進する上で家族の支援は欠かせないため、地域相談支援や相談支援においても家庭連携加算を創設していただきたい。

視点-2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするためのサービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

1. 障害者相談支援における精神障害者家族加算

平成27年度報酬改定の障害児相談支援において保護者の障害受容ができないこと等による報酬体系が新設されたが、精神障害の場合も家族の障害受容が課題となることがあるため、精神障害者の家族の場合にも相談支援について加算をつける必要がある。

2. 地域生活拠点等におけるアウトリーチ事業の可能性

平成26年度に提起された地域生活拠点においても、相談することができず地域で困難を抱えている障害者に対する対策が立てられていない。地域住民や関係者からの情報提供によって現場に赴くような事業を障害者総合支援法もしくは地域生活拠点の事業とすることを検討する時期にきているのではないか。

視点-3 持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

1. 居宅介護事業等における直接雇用の検討

居宅介護等一部のサービスに関しては、サービス事業所を通さず本人が介護者を直接雇用する仕組みの創設を検討してもよいのではないか。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

視点-1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

1. 共生型事業所構想の留意点

平成30年度から予定されている共生型サービス事業所構想について、介護保険事業所が障害福祉サービス事業所の指定を受けやすくする特例が設けられる予定であるが、精神障害やその支援の独自性が介護保険事業所に理解されるよう、事業所やヘルパーに対して精神障害に関する研修を義務付けるなどの仕組みが必要と思われる。

2. 自立生活援助の対象拡大

新たに実施される自立生活援助について、対象を障害者支援施設やグループホーム利用者等となっているが、特に精神障害の場合は自立生活を望んでいてもなかなか踏み切れなかったり、家族の同意が得られない当事者もいるため、家族同居で自立生活を希望する障害者も対象とすべきである。

3. 地域相談支援(移行)を加算対象に

平成29年度報酬改定にあたって、地域相談支援(移行)が加算非対象となっており、平成26年度から27年度の推移では利用人員は微減ではある(平成28年度の推移は不明)が、入所・入院から地域へという重要政策の一環事業の重要性に鑑み加算対象とし、事業の拡充を図っていくべきである。

4. 相談支援事業における家庭連携加算

障害児通所支援において、家庭連携加算が付与されているが、精神障害者の自立と社会参加を推進する上で家族の支援は欠かせないため、地域相談支援や相談支援においても家庭連携加算を創設していただきたい。

視点-2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするためのサービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

1. 障害者相談支援における精神障害者家族加算

平成27年度報酬改定の障害児相談支援において保護者の障害受容ができないこと等による報酬体系が新設されたが、精神障害の場合も家族の障害受容が課題となることがあるため、精神障害者の家族の場合にも相談支援について加算をつける必要がある。

2. 地域生活拠点等におけるアウトリーチ事業の可能性

平成26年度に提起された地域生活拠点においても、相談することができず地域で困難を抱えている障害者に対する対策が立てられていない。地域住民や関係者からの情報提供によって現場に赴くような事業(アウトリーチ)を障害者総合支援法もしくは地域生活拠点の事業とすることを検討する時期にきているのではないか。

視点-3 持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

1. 居宅介護事業等における直接雇用の検討

居宅介護等一部のサービスに関しては、サービス事業所を通さず本人が介護者を直接雇用する仕組みの創設を検討してもよいのではないか。その場合の報酬単価については、事業所を通さないので一定程度引き下げることが可能と考える。

(参考資料)

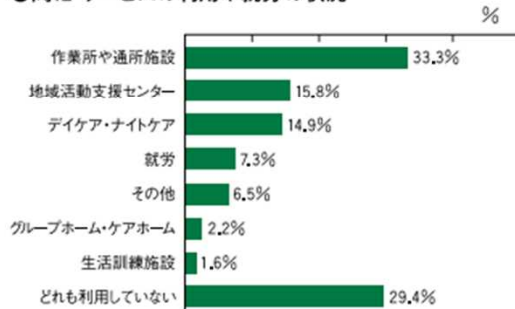
視点-2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするためのサービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

1. 障害者相談支援における精神障害者家族加算
2. 地域生活拠点等におけるアウトリーチ事業の可能性

本人の回復に向けた専門家による働きかけがなく家族まかせ

サービスの利用や就労をしていない人が3割

●問12 サービスの利用や就労の状況

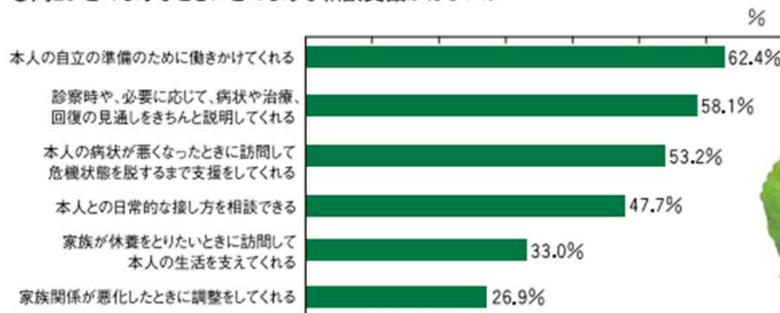


[ポイント]

本人のサービス利用・就労状況では、3割が「どれも利用していない」と回答しています(問12)。就労している人は7%しかいません。就労しておらず、医療や福祉のサービスも利用できていない、家に引きこもっていると思われる人が3割もいるのです。8割の家族が本人と同居しています。家に引きこもっている本人が社会のさまざまなサービスや人とつながるための専門家による支援が必要です。責任のほとんどが親の肩にかかっている現状では、なすすべもないままに月日が流れています。

自立への働きかけ、危機状態になったときの支援

●問26 どのようなときにどのような相談支援がほしいか



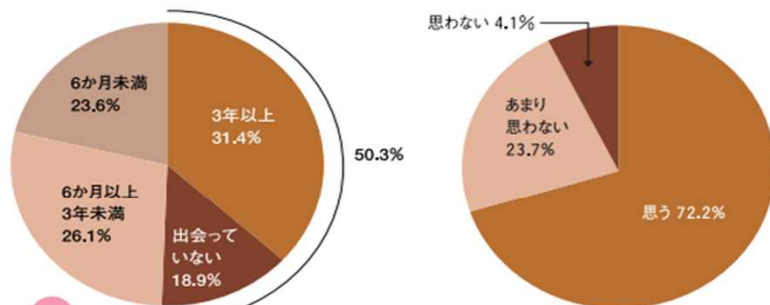
[ポイント]

本人への自立への働きかけは6割以上、危機状態になったときの支援は5割以上の家族が求めています(問26)。本人の病状や障がいの状態にかかわらず、本人が親から独立して主体的に自分の生活を送れるようになってほしいと家族は願っています。また、本人の病状が悪くなったときに、家族が必死になって病院に連れていくのではなく、専門家が訪問して危機状態を脱するまで支援してくれるしつみを求めています。

困ったとき、いつでも相談でき、問題を解決してくれる場がない

専門家に相談できるようになるまで3年以上かかった

- 問14 信頼できる専門家に相談できるようになったのは、本人が病気になるまでからどれくらい経過してからか
- 問49 本人の精神的な不調に初めて気づいたとき、訪問して支援を開始してくれる専門家がいればより早く治療が開始されたと思うか

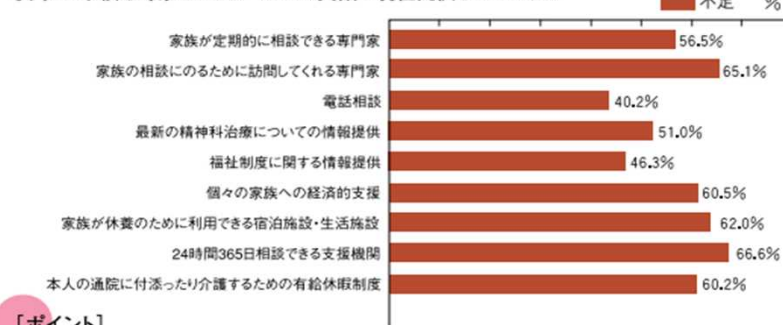


[ポイント]

信頼できる専門家に相談できるようになるまでに、3年以上かかったという回答と出会っていないという回答が5割です(問14)。また、72.2%の家族が「訪問して支援を開始してくれる専門家がいたら、治療が早く開始された」と答えています(問49)。気軽に相談でき、適切な情報が得られ、専門的な支援が受けられる相談機関がぜひ必要です。相談は家族から出向くだけではなく、家庭を訪問する相談も求められています。

家族のニーズにもとづく支援を

●問29 家族を対象としたサービスや支援が現在提供されているか



[ポイント]

多くの家族が、きめ細かく家族の相談にのってくれる、さまざまな支援を求めています(問29)。現状では家族のニーズにもとづく支援はほとんどありません。家族が困ったときに利用できる相談支援体制の充実が必要です。

(参考資料)

視点-3 持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

1. 居宅介護事業等における直接雇用の検討

- ・ダイレクトペイメント(パーソナルアシスタンス支援)による障害者当事者主体の自薦支援サービスの創設
EX.札幌市(下記参照)のとりにくみなどの実績から、支給制度(支援区分と支給量、経費上限)の工夫はできる。

札幌市 City of Sapporo

パーソナルアシスタンス (PA) 制度について

パーソナルアシスタンス (PA) 制度についてご紹介しているページです。

【お知らせ】
平成27年10月から、**重度の知的障がい・精神障がいにより重度訪問介護の支給決定を受けている方もPA制度を利用できるようになりました。**

パーソナルアシスタンス制度概要 | 申請から利用までの流れ | PAサポートセンター | 介助者登録

パーソナルアシスタンス制度の概要

制度概略	「パーソナルアシスタンス制度」 重度の身体障害のある人に対する札幌市独自の介助制度 重度の身体障害のある人に対し、札幌市が介助に要する費用を直接支給し、利用者がその範囲内でライフスタイルに合わせて、介助者と直接契約を結び、マネジメントして利用する
制度開始年	2010年4月
利用対象者	札幌市から障害者総合支援法に基づく重度訪問介護の支給決定を受けている者で、本人自身もしくは支援する人の責任において、介助者の募集、介助方法の指導、金銭管理等が行える人が対象
利用者負担	生活保護受給世帯・市民税非課税世帯の方は無料 その他の利用者は1割負担
介助者の条件	利用者の配偶者及び3親等以内の親族以外 ヘルパー資格の有無等に係らず介助者となることができる 地域住民の力を活用した共生型社会の実現をめざすとされる

表：札幌市パーソナルアシスタンス制度の概要

「パーソナルアシスタンス(以下「PA」といいます。)制度」とは、平成22年4月より始まった重度の障がいがある方の地域生活を支援する札幌市独自の介助制度です。 PA制度では、重度の障がいがある方に対し、札幌市が介助に要する費用を直接支給し、利用される方が、その範囲内でライフスタイルに合わせて介助者と直接契約を結び、自らマネジメントしていく制度です。 ヘルパー資格の有無等に係らず介助者となることのできるため(利用する方の配偶者及び3親等以内の親族を除く)、地域の方々の力を活用し、介助体制を組んでいくことができます。 PA制度の利用にあたっては、札幌市が関係団体へ委託した「PAサポートセンター」が利用者に対する支援を行います。

PA制度の概要

- ・対象者
札幌市から障害者総合支援法に基づく重度訪問介護の支給決定を受けている方で、ご自身もしくは支援する方の責任において、介助者の募集、介助方法の指導、金銭管理等が行える方が対象となります。 ※重度訪問介護の範囲については、総合支援法概要「福祉サービスの体系」をご覧ください。
- ・利用者負担
生活保護受給世帯・市民税非課税世帯の方は無料です。 それ以外の方は1割負担(負担上乗月額の範囲)となります。

PA制度の主な特徴

- ・介助費用を重度障がいのある方に直接支給します。
1か月に利用できる介助費用の額を一定の範囲で決定し、実績に基づく請求に応じて、直接支給障がいのある方に支給します。
- ・障がいのある方が介助者を選んで、直接介助者と契約します。
これまでは、事業所から派遣されたヘルパーから介助を受けていたことに対して、PA制度では、自分が選んだ介助者と直接契約を交わります。
- ・地域の方々が有償の介助者になることができます。
介助者のヘルパー資格の有無は問いませんので、身近な地域にお住まいの方が就業障がいのある方の介助者となることが可能です。
- ・障がいのある方が、介助者と介助者に支払う報酬を決定します。
決定された介助費用の範囲内で、障がいのある方が自ら介助者に支払う報酬の額を決定します。 夜間や朝に働くしたり、日中の報酬を低くしたりすることで、これまでの制度以上に介助時間を確保することができるようになります。 ※報酬は交通費別で、およそ600円～1,500円/時(時間帯などにより異なります。)

制度を利用するにあたっての留意点

PA制度は、利用する方自ら介助者を選定し、支払いも自ら行う等の自由がある一方で、介助者への報酬、シフトの調整、報酬の支払い等の責任が発生します。 PA制度の利用を検討する場合は、このような制度の特徴をよく理解した上で、利用するかどうかを決定してください。

お問い合わせ先

札幌市保健福祉総務局保健福祉部障がい福祉課
〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 札幌市役所本庁舎3階
電話番号：011-211-2938
ファクス番号：011-218-5181

お問い合わせフォーム

0-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 | 市役所庁舎のご案内
11-2111 一般の業務時間 8時45分～17時15分(土日祝日および12月29日～1月3日はお休み)

お問い合わせ先へ、お気軽にご利用ください。
TEL: 011-221-4894
市の制度や手続き、市内の施設、交通情報などをご案内しています。