

障害福祉サービス等報酬改定に関する意見(要約版)

全国重症心身障害日中活動支援協議会

会長 末光 茂

- 1 見者一貫したケアに応じた整合性のある基本的報酬構造の構築
 - ・重症心身障害児(者)療育及び個別対応にスケールメリットは発生しない
 - ・利用制限になりうる児童発達支援の定員に応じた逡減制の廃止又は是正
 - ・小規模（定員10人以下）生活介護事業の人員基準と報酬の見直し

- 2 障害の程度ではなく、必要な支援の質と量に基づく人員基準
 - ・同じ障害程度区分6であっても必要とする支援の質及び量は全く違う
 - ・医療的な配慮の中で行われる発達支援及び個別対応に必要な人員体制
 - ・重症児者への療育、発達支援及び個別対応には1.7対1を超える人員が必要

- 3 超重症児をはじめとする医療的ケアを要する重症児者の受け入れ体制の確保
 - ・医療的ケアは、個別に必要な福祉サービスに上乗せして提供すべき
 - ・看護師配置加算（7.5対1、5対1、4対1、3対1加算）
 - ・特別重度支援加算の新設（超重症1,500単位/日、準超重症1,000単位/日）
 - ・リハビリテーション体制の充実（加算要件及び単位の見直し）

- 4 日々の体調の変化や長期入院等による重症児者特有の欠席に対応した措置
 - ・利用者数が定員を超えて運営されている事業所は全体の12%（H26実態調査）
 - ・重症児者対象の日中活動支援事業所の平均出席率は69.8%（H25基礎調査）
 - ・定員の範囲内における重症児者欠席対応加算（9割保障）の新設など

- 5 全身性障害や医療的ケアを要する重症児者の特性に配慮した送迎の評価
 - ・脳性麻痺や要医療的ケアに対応した送迎加算の充実
 - ・送迎の実施には看護師の常勤配置、送迎車両の整備等の多額の費用を要す
 - ・事業所による送迎にて通所している利用者は2分の1以下（H25基礎調査）
 - ・重症児者送迎加算（介護職員の添乗、全身性障害、リフト付き改造車両など）
 - ・特別重度送迎加算（超重症児など医師又は看護師の添乗による送迎）

障害福祉サービス等報酬改定に関する意見

全国重症心身障害日中活動支援協議会

会長 末光 茂

「障害者総合支援法および児童福祉法の一部改正」により、「重症心身障害児通園事業」が法定施設として位置づけられました。そこでは「児者一体」の運用と地域ニードに対応する「定員」の柔軟運用がはかられたことは、関係者の長年の願いに沿うものであり、感謝を申し上げます。

1. 背景

昭和42年（1967年）、児童福祉施設でありかつ医療機関として重症心身障害児施設がスタートした当時は、全国1万7000人の重症心身障害児者をすべて重症児施設に入所させることが国の目標であり、家族の悲願でもありました。

逐次公法人立重症児施設の整備と国立療養所の転換により、現在では1万9000ベッドを用意するに至っています。

この間、昭和54年の養護学校義務制を契機にし、在宅・地域生活を可能な限り続けたいとする家族の希望が高まりました。それを受け、平成元年「重症心身障害児通園モデル事業」が、医療機能を有する重症児施設に併設するA型（標準型、定員15名）として全国5ヶ所でスタートし、平成8年「一般事業化」され、知的障害施設など福祉施設に併設するB型（小規模型、定員5名）が加わり、さらに国では300ヶ所を整備目標に決めました。

しかし、事業所の7割は赤字運営（A型で年間1200～1500万円、B型で300～500万円）を余儀なくされてきました。

今回、従来の予算補助事業から恒久的な法定施設に位置づけられたのは、関係者にとって画期的なことです。

ただし、①在宅・地域生活を強く求める「超・準超重症児」（とくにPost NICU）のための安心・安全な受け入れ、②長年在宅生活を続けてきた年長重症児での家族の高齢化に伴う家庭介護の限界、③地域格差（人口規模・密度の差ならびに地域資源とくに重症児入所ベッドの格差等）に対応する条件整備等で、課題を残しています。

とくに①②への対応は、迅速な条件整備により、長期入所を予防することが求められます。一度長期入所すると、在宅・地域に帰ることは重症心身障害児者にとっ

てはとくに困難です。

なお旧 A 型 B 型を基準に必要な箇所数を推計すると、当面全国で 700 ヶ所です。
(詳細は資料「障害児支援の在り方に関する検討会」参照)

2. 主な要望内容

(1) 児者一貫したケアに応じた整合性のある基本的報酬構造の構築

障害者総合支援法により、生活介護事業（成人）の場合には定員 15～20 名の事業所では収支が改善（赤字額が減少）しましたが、10 人以下の事業所は必ずしも収支が改善していません。現行の報酬水準は、後述する超重症児等の医療を要する利用者の受け入れや送迎を実施しなければ、定員 15～20 名の事業所は収支が見合いつつあるといえます。

一方、児童発達支援事業（児童）の場合には、特に旧 A 型通園（定員 15 名）の事業所の収支が著しく悪化しています。この最大の要因は重症児を対象とした児童発達支援事業の定員区分による基本単位の格差（逓減制度）にあります。（別紙 1 参照）

① 重症児療育には大きなスケールメリットは発生しない

重症心身障害児に対する療育的な支援（日中活動支援）においては、医療的ケアや日常的なケア（ポジショニング、食事介助、入浴介助、更衣、排泄介助、水分補給など）、更には訓練的な対応等を、一人ひとりの利用者に対してきめ細かく実施しています。一人ひとりに直接的に要するケアの時間数が、重症心身障害児以外の障害児と比較して多大です。従って、定員が 5 名から 10 名に増加された場合であっても、ケアするスタッフが比例して増加しなければ、療育、発達支援及び個別対応に支障をきたします。

送迎を例にとっても、定員 5 人の場合には、基本的にはワゴン車（重症心身障害児 2～3 人が乗車可能）にて、運転スタッフと添乗スタッフ合計 4～5 名にて最低 2 方向による送迎が必要となります。定員 15 名の場合には、最低でもマイクロバス（重症心身障害児が最大で 5 名乗車可能）にて、大型免許所有の運転手 3 名と添乗スタッフ 6 名による 3 方向による送迎が必要となります。さらに車椅子の形状によって 5 名が乗車できない場合や、当該曜日の登録者が 15 名を超えている場合など、

しばしば4台目の送迎車を要します。また、超重症児を受け入れる場合にはこれ以外にもう1台の送迎車を要しています。

送迎バスの整備（初期投資）や大型免許所有の運転手の確保などを考慮すれば、定員5名と15名とでは何らスケールメリットは存在していないのは明白であります。希望者全員の送迎を実施する場合には、例え15名を大きく超える定員であったとしても、重症心身障害児対象の場合には、大きなスケールメリットは発生しません（5人の送迎に常に $3 + \alpha$ のスタッフを要する。定員区分による単価の逡減制はふさわしくない）。

② 重症心身障害児以外の事業所との逆転現象

児童発達支援事業の「定員5名」と「定員6名以上10名以下」の基本報酬格差が特に大きすぎます。定員10名の事業所を比較した場合、重症心身障害児以外を対象とする事業所では指導員等加配加算、特別支援加算及び送迎加算などにより合計1,181単位となる場合がありますが、重症心身障害児対象の事業所では1,049単位にとどまります。（別紙2参照）

基本的な人員配置が2倍であるにもかかわらず、単位数が逆転しています。また、医療的ケアが必要な障害児がいる場合には、重症心身障害児以外の事業所では医療連携体制加算が算定できるため、単位数の格差は更に大きく拡がります。

事業所によっては、地域のニーズに応じて定員を増やす必要があるにもかかわらず、単価が半減してしまうため定員増に踏み切れないでいるケースが存在しているなど、実質的な利用制限が生じています。

これらのことから、重症心身障害児（者）対象の日中活動支援事業の基本単位において、児者一貫したケアに応じた整合性のある基本報酬構造とし、定数区分による単位数の低減を発生させないように、見直しをしていただきたい。

(2) 障害の程度ではなく、必要な支援に基づく人員基準

現行の個別給付制度は、現行の障害程度区分が同一ならば、給付額も同一となっています。仮に、同じ区分6の利用者を、①重症心身障害者、②強度行動障害者、③それ以外の重度知的障害者の3つのグループに分けた場合、それぞれに必要なとされる支援の質及び量には大きな違いがあります。

例えば重症心身障害の場合、事業所に到着しても、すぐにそれ以外の重度知的障害者と同等のサービスを受けることはできません。まずは、①長時間の送迎の疲れをとるために支援者二人で車いすから降ろして安楽な姿勢になり、②バイタルチェックなどの健康状態や全身状態の確認をし、その上で、③座位保持装置などの本人が活動に参加しやすい姿勢をとるための介助（ポジショニング）を支援者二人がかりで行って、初めて活動を開始する体勢が整います。

全身性障害を有する重症心身障害児（者）の場合、部屋の移動、車椅子の乗降など、新たなケアが始まる時又は終わるときには、常に支援者2名による介助が必要です。特に入浴介助では支援者2名での介助時間を多く要します。また、脳性麻痺による嚥下障害の利用者も多く、食事介助にも多くの困難と時間を要しています。これらのことから、重症心身障害児のケアには独立歩行が可能な区分6の重度知的障害者よりも多くの人手を要します。身体介護上、あるいは療育支援上に、様々な困難を抱える重症心身障害児（者）の日中活動支援においては、例え医療的ケアを多く要さない場合であっても、定員5人以下は原則1対1、定員5人を超える場合であってもそれに準じた配置が必要であります。

現行の障害程度区分を抜本的に見直し、必要とされる支援の質と量が適切に反映される人員基準及び給付制度への改正を切に望んでおります。

(3) 医療的ケアを要する重症児者の受け入れ体制（医療・看護体制）の確保

① 看護職員の配置に対する評価

多くの旧重症児通園（定員5名又は15名）では、複数の看護職員を配置し、医療的ケアを要する重症心身障害児の受け入れ体制を整えており、この点が他の日中活動支援事業所との決定的な相違点になっています。

重症心身障害を対象とした事業所とそれ以外の事業所を、利用者と看護職員との配置比率で比較した場合、10倍を大きく超える事例も少なくありません。看護師が確保できずに、この事業から撤退する事業所・法人もあります。母体施設に医療機能がある場合には、看護師（正職員）を異動させ配置することが可能ですが、それによりどの事業所も収支が悪化し赤字が拡大しています。

実際に、複数の要医療的ケアの利用者に対応するため、常勤換算で1名を超えて看護職員を配置している事業所は、定員10名以下の事業所(旧B型が中心)で58%、定員11名以上の事業所では80%となっています。

医療を必要とする重症心身障害児(者)に対しては、医療連携体制や訪問看護のような一時的あるいは部分的な関わりではなく、療育活動全体において、常に医療的な配慮の中で発達支援なりライフステージに応じた個別対応が行われる必要があり、看護職員は重要な療育スタッフの一員です。

この手厚い看護配置の実態について、例えば利用者数と看護職員の配置比率に応じた看護配置加算等を設定するなどして評価していただきたい。

- 7.5 対1看護配置 旧A型通園事業(定員15名)の標準的な看護配置
- 5 対1看護配置 旧B型通園事業(定員5名)の基本的な看護配置
- 4 対1看護配置 医療的ケアを要する利用者が多い場合の配置
- 3 対1看護配置 複数の超重症児を受けいれている場合など

② 超・準超重症児の受け入れに対する評価

人工呼吸器をはじめとする濃厚な医療的ケアを要する「超・準超重症児」の利用が徐々に増えています。「超重症児」の受け入れには、一定の改修工事を要する場合や、設備の整備(医療機器、医療ベッド、特殊浴槽など)を要する場合があります、初期投資が必要になります。

一部の事業所においては、当該事業所と母体施設が連携して特別の体制を組んで超重症児の受け入れに取り組んでいます。報酬的な根拠がないため、全てが施設・事業所の負担となっています。

特に人工呼吸器の対応は高い専門性と経験を要するため、多くの事業所において、その受け入れができていません。このため、病院(NICU、小児科病棟)を退院しても、日中通う場がないために多くの「超重症児」が家族による監護のみで暮らし、超重症児の潜在的な通所ニーズは極めて大きいといえます。

「超重症児」の受け入れを促進するためにも、看護師配置加算に加えて、「超・準超重症児」の受け入れそのものを評価(加算)していただくと共に、呼吸管理についても別途評価をしていただく必要があると考えます。

尚、超重症児などの濃厚な医療的ケアを要する利用者の場合、当該医療的ケアが他の福祉サービスに上乗せして提供されなければなりません。仮にそれができない

場合には、医療的ケアを要する人が多ければ多いほど、他の利用者のケアが薄くなるか、もしくは従来どおり施設・事業所の負担にてスタッフを加配するしかありません。複数の超重症児を受けするためには、基本的人員配置に上乗せして看護職員を配置する必要があります。

【参考試算】

特別重度支援加算（超重症児該当）が 1,000 単位（10,000 円）の場合

1) 週 2 回利用する超重症児が、一度も欠席することなく年 100 回通所した場合

$$\text{@10,000 円} \times 100 \text{ 回} = 1,000,000 \text{ 円}$$

※ パート看護師さえ雇えない

2) 複数の超重症児が利用しており、年間延べ通所日数が 250 日であった場合
(平均して、超重症児が毎日 1 人通所している場合)

$$\text{@10,000 円} \times 250 \text{ 日} = 2,500,000 \text{ 円}$$

※ 看護師（正職員）の平均年収の半分以下

上記のとおり、超重症児の受け入れを特別重度支援加算（超重症児該当）のみで対応する場合、例えば 1,000 単位であったとしても、受け入れた事業所は赤字になります。

③ 発達支援及びリハビリテーションに対する評価

発達期にある重症心身障害児にとって、リハビリテーションの重要性及びニーズはいずれも高くなっています。現行の配置基準において「機能訓練担当職員」1 名が配置されていますが、重症心身障害児対象の児童発達支援においてのみ当該職員の専門性は問われていません。このため、医療型施設に併設されている事業所以外では、訓練士による専門的なりハビリテーションを受けることが極めて困難になっています。

一方、生活介護事業のリハビリテーション加算は、その算定要件が診療報酬制度

の疾患別リハビリテーションと同等となっているにもかかわらず、その報酬は概ね10分の1であることから、医療機能の有無にかかわらず、当該加算を事実上算定することができない状況にあります。

利用者の中には「通所した日は訓練を受けられない」ことを理由に、通所回数を自ら制限している人も多いのが実情です。児童発達支援の特別支援加算と生活介護のリハビリテーション加算との整合性を図った上で、訓練を要する重症心身障害児（者）が専門的なりハビリテーションを受けられるよう見直すことが必要であると考えます。

(4) 日々の体調の変化や長期入院等による重症児者特有の欠席に対応した措置

重症児通園事業の法定化は、事業の安定的運営に寄与し、個別給付（出来高制）と定員の柔軟化（3ヶ月平均して定員の125%まで受け入れ可能）は、特に都市部など一部の事業所において有効に活用（運用）することが可能です。しかしながら地方や郡部を中心に、重症心身障害児（者）の場合には全く逆に作用することの方が多く、事業の安定的運営が危ぶまれるほどの運営リスクを負っている事業所が多く存在しています。また、実際に定員を超えて運営されている事業所は、平成26年度の実態調査では、地方都市の小規模施事業所を中心に全体の12.6%に過ぎません。

例えば、重症心身障害児（者）は、他の障害児（者）と比較して欠席率が高く、全国的に定員を充足させるのに苦労しています。（H25基礎調査では、平均出席率69.8%、H26実態調査では80.3%）

特に、重症心身障害児（者）の場合は、いったん体調を崩すと入退院を繰り返し欠席が長期化する場合があります。また、就学等により利用者が減っても次の利用者を確認できない年があるため、事業の存続そのものが危ぶまれるケースが存在しています。

重症心身障害児（者）とその家族のためにも、身近な場所で療育を受け続けられるような地域の実情に応じた方策が求められています。

定員の範囲内における重症心身障害児（者）欠席対応加算（9割保障）の新設など、重症心身障害児（者）の特殊性に応じた配慮が必要です。

(5) 全身性障害や医療的ケアを要する重症児者の特性に配慮した送迎の評価

当協議会の平成 25 年会員基礎調査によれば、送迎を実施している事業所は回答のあった 245 事業所のうち 187 事業所であり、実施率は 76.8%となっています。ただし、利用者個々に見てみると、事業所による送迎利用者は 4,845 人中 2,084 名であり、43.0%にとどまっています。重症心身障害児の送迎がいかに実施困難であるかが示されており、児童発達支援において送迎を基本単位に包括することは適切ではないと考えられます。

重症心身障害児（者）などの全身性障害を有する者の送迎には、リフト付きの福祉車両が欠かせず、その乗降に多くの時間を要しています。本人及び家族の状況によっては居宅での車椅子への乗降の段階から事業所スタッフの介助を要する場合も多くあります。

このため、運転手以外に複数の添乗スタッフを必要とし、サービス提供時間の前後に各 1 時間～1 時間 30 分（合計 2～3 時間）、降雪地帯においては冬期間は各 2 時間（合計 4 時間）以上の時間数を、送迎に要しています。

また、医療的ケアを要する利用者の送迎には、看護職員の添乗が必要となり、看護師の常勤配置が必要となります。更に超重症児の送迎に際しては、運転手と看護師の 2 名による単独での送迎が必要な場合も多くなっています。

規模の小さな事業所ではリフト付きのワゴン車やマイクロバスのような専用車両を整備できないために、多くの事業所が小型車両によるピストン送迎（最大で 10 往復）を実施しています。

重症心身障害児（者）の送迎は、単に重症心身障害児（者）本人の社会参加にとどまらず、ご家族の社会参加にも影響を及ぼすものであります。こうした重症心身障害児の送迎・乗降の特殊性や利用者の利便性を評価した加算の設定が必要であると考えます。

望まれる送迎に関する加算（重複算定可）

- ・ 重度障害児乗降加算
- ・ 看護職員添乗加算
- ・ 特別重度送迎加算（超・準超重症児）

【別紙 1】

重症心身障害を対象とした生活介護事業と児童発達支援事業の報酬比較

	生活介護（成人） 障害程度区分 6 対象	児童発達支援（児童） 重症心身障害児対象	
定員 5 名	基本単位 1,288単位 人員体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 1,587単位 管理責任者 410単位	
	合計 1,635単位	1,997単位	+362単位
定員10名	本単位 1,288単位 人員体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 813単位 管理責任者 205単位	
	合計 1,635単位	1,018単位	▲617単位
定員15名	基本単位 1,288単位 人員体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 689単位 管理責任者 102単位	
	合計 1,635単位	791単位	▲844単位
定員20名	基本単位 1,288単位 人員体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 689単位 管理責任者 102単位	
	合計 1,635単位	791単位	▲844単位

【別紙2】

現状の児童発達支援における事業所規模に対する通所給付費の比較

【想定】

事業所①:重症児対象・定員5名

事業所②:重症児対象・定員10名

事業所③:重症児以外を対象・定員10名(但し、医療的ケアを必要とする児童を2名と想定)

【問題点】

- ・報酬単価が「定員5名以下(1587単位)」と比べ「定員6名以上10名以下(813単位)」が低すぎる。
- ・重症児対象で医療的ケアの有る事業所②の通所給付費の合計が「1049単位」に対し、重症児以外を対象としている事業所③(「1693単位(医療的ケア有り)」「1070単位(医療的ケア無し)」)の方が通所

想定事業所規模等	事業所	①重症児対象 医療的ケア有り	②重症児対象 医療的ケア有り	③重症児以外対象 医療的ケア有り2名、無し8名	
	定員	5名	10名	2名	8名
	開所日数	255日	255日	255日	255日
	看護師	2名(1名以上)	3名(1名以上)	(同一法人他施設より1名)	
	児童支援員又は保育士	1名(1名以上)	2名(1名以上)	3名以上(2名以上)	
	機能訓練担当職員	1名(1名以上)	2名(1名以上)		
	児童発達支援管理責任者	1名(1名以上)	1名(1名以上)	1名(1名以上)	
	計(カッコは人員配置基準)	5名	8名	4名	

通所給付費 (単位/日)	報酬単価	1587	813	616	616
	児童発達支援管理責任者専任加算	410	205	205	205
	福祉専門職員配置加算Ⅱ	6	6	6	6
	指導員加配加算 ※1			193	193
	特別支援加算 ※2			25	25
	医療連携体制加算 ※3			500	
	送迎加算 ※4			108	108
	小計 (単位/日)	2003	1024	1653	1153
	処遇改善加算Ⅲ (割合)	×2.48%	×2.48%	×2.48%	×2.48%
	処遇改善加算Ⅲ (単位)	49	25	40	28
合計 (単位/日)	2052	1049	1693	1181	

年間給付費収入	単位の単価	10円/単位	10円/単位	10円/単位	10円/単位
	1名当り (年日数)×(給付費/日)	5,232,600	2,674,950	4,317,150	3,011,550
	事業所当り (1名当りの給付費)×(定員)	26,163,000	26,749,500	8,634,300	24,092,400
	事業所収入の合計	-	-		32,726,700

※1 指導員加配加算

指導員又は保育士を指定基準プラス1名により加算。重症児を対象とした事業所は対象外。

※2 特別支援加算

OT、PT、STを配置して計画的に訓練又は心理指導を実施して加算。重症児を対象とした事業所は対象外。

※3 医療連携体制加算

医療連携により看護職員を事業所に訪問させ看護を行った場合に加算。重症児を対象とした事業所は対象外。

※4 送迎加算について

自宅から事業所までお送迎を行った場合に片道54単位を加算。重症児を対象とした事業所は対象外。

上記の算出では、③の事業所利用児童の内、2名を往復送迎するものとして算出。

障害児支援の在り方に関する検討会 団体ヒアリング

2014.5.9

1. はじめに

(P1. 全国重症心身障害日中活動支援協議会)

「全国重症心身障害日中活動支援協議会」から、意見を述べさせていただきます。

(P2. 「障害児支援の見直しに関する検討会」報告書（平成20年7月22日）)

6年前、柏女霊峰先生が座長を務められた「障害児支援の見直しに関する検討会」に、私も加えていただきました。その報告書で、重症心身障害の在宅支援について、

(4) 重症心身障害児・者の在宅支援

- （重症心身障害児・者について在宅での支援を進めていくため、）医療的なケアを提供できる短期入所や、訪問看護、通園事業の充実などについて検討すべきである。

と記載いただいております。

歴史的経過ならびに現状と課題そして要望内容について、説明をさせていただきます。

(P3. 重症心身障害児者の実態)

現在、重症心身障害児者は、全国に約4万人と推計されております。

そのうち、「狭義」の重症児者約1万4,000人が、公法人立ならびに国立病院機構の重症心身障害病棟198ヶ所の約1万9,000床を利用して、入所生活を続けております。

一方、在宅の重症児者は、少なくとも約2万6,000人で、入所の2倍近くと推計されております。

(P4. 「重症児入所ベッド」の都道府県格差)

重症児の日中活動の場を語る際に、「地域格差」について、しっかりと認識いただかねばなりません。

例えば、重症児の入所ベッドは人口1万人当たりで、最も多い佐賀県の6.1ベッドと最も少ない愛知県の0.5ベッドとの間には、12倍以上の差があります。

それは当然のこととして、在宅重症児の人数と、そこでの暮らしのあり様にも、大きな影を落としております。

(P5. 重症児通園事業の歴史)

「重症心身障害通園事業」の歴史は、まず平成元年に、全国5ヶ所のモデル事業としてスタートし、平成5年1993年には定員5名の小規模、B型のいわゆる地域密着の福祉型で加わりました。

そして平成8年1996年に「一般事業化」されるとともに、国の当面の整備目標として、300箇所が掲げられました。

(P6. 「重症児通園事業」の課題)

当時の重症児通園事業の課題としては、

1. 予算措置事業であったため、いつ何時それがなくなってしまうか、不安定な状況下にありました。

2. さらに国の300箇所の整備目標に対して、なかなかそこに到達しませんでした。

3. そして全国どこでも身近な所で通える、重症児通園への願いに対し、現実には程遠いといわざるをえませんでした。

4. 4番目には、児童期から成人期に至る「児・者一貫」と医療の確保の問題があります。人工呼吸器等をつけた「超重症児・準超重症児」が、在宅でも増え続け、重症児通園の利用者の約3割を占めるに至っております。

(P7. 重症児通園整備状況)

国の整備目標300箇所に至る経緯を示しました。

目標をクリアできたのは、やっと8年後の平成16年になってでした。それはA型15名定員で、年平均1,200～1,500万円の赤字。B型5名定員で300～500万円の赤字を余儀なくされていたことが、背景として挙げられております。

(P8. 「つなぎ法」の導入(2012.4.1))

2012年4月に「つなぎ法」が導入された際に、重症児通園が「法定施設」として位置づけられ、関係者はホッと安堵したところです。

A型・B型という枠組みが撤廃され、「日中活動支援事業所」へと一本化されるとともに、定員についても、柔軟化が図られることになりました。

「児・者一貫」についても、児童発達と生活介護の併設という形での確保が、可能になりました。

そして昨年4月には、「障害者総合支援法」に移行しました。

(P9. 重症心身障害日中活動支援協議会 会員事業所 事業種別)

現在、「全国重症心身障害日中活動支援協議会」に加入している 216 事業所をみると、児童だけの児童発達支援事業所ならびにセンターは、15 ヶ所と全体の 7%程度にとどまりますが、成人を対象とした生活介護と児童発達の併設が 104 ヶ所で、両者をあわせると 119 ヶ所、半数以上が児童発達にかかわっております。

(P10. 「重症心身障害日中活動」利用者の現状)

重症児日中活動を利用している人は、制度改革により 6,000 人から 7,000 人へと増えています。そのうち 6 歳以下は 11.8%、6 歳から 18 歳が 14.7%あわせて 26.5%です。

6 歳未満では Post NICU の「超・準超重症児」が増え続けています。

学齢児に対しても、PT・OT・ST などの専門療育面での期待に加えて、放課後や土曜日曜、休日そして長期休暇期間中に、かけがえのない役割を果たしています。

(P11. 厚労科研 末光班 研究報告書)

過去 3 年間、私どもは厚生科学研究に取り組み、成果と課題ならびに国への提言をとりまとめております。

最終年度の報告書は、構成員の皆様方のお手元にお届けいたしております。

また、3 年間のまとめ部分は「資料 2」に載せております。

(P12. 通所定員の柔軟化・利用実績制の功罪 (二極化))

まず、「つなぎ法」以前には、赤字が全体の 7 割を占めていましたが、「総合支援法」移行後は、それが 5 割に減少しております。とくに 1 日定員 15 ないし 20 名以上の成人対象の生活介護は、収支が一定程度改善できております。

ただし、「超重症児・準超重症児」と「送迎」に、積極的に取り組んでいる所は、赤字の改善をみておりません。

さらに 5 ないし 10 名以下の定員で、とくに児童発達支援事業所と、地方の人口過疎地域では、それ以前よりも経営困難となり、撤退の危機に瀕するところが出て来ております。

実際に図 6 の 2013 年 312 ヶ所だったのが、翌年 308 ヶ所へと減少しております。残念なことです。

このことは、身近な日中活動の場がなくなったため、在宅生活の継続を諦め、入所を決断せざるをえなくなる危険性を秘めている。そのように危惧いたしております。

(P13. 重症心身障害を対象とした生活介護事業と児童発達支援事業の報酬比較)

児童発達支援事業所での経営上の問題の大きな原因のひとつとして、報酬単価の設定の不備が挙げられます。

成人の生活介護では、定員に関係なく、1,635 単位の一律です。

ところが児童発達では、定員 5 名は 1,997 単位と高めに設定されていますが、それが定員 10 名になると 1,018 単位へと大きく半減し、15 名でさらに減額になります。

重症児の支援ならびに療育は、個別対応中心で、スケールメリットはほとんど認められません。

その上、地域ニーズに応じて定員を増やす必要があっても、単価の半減を考えると、定員増に踏み切れない。つまり地域ニーズに適切に対応するのを、阻（はば）む要因になっているケースも、少なくありません。

(P14. 専門性の確保)

日中活動支援事業所は、単なる日中の生活の場として位置づけられるだけでなく、そこには専門性への期待が大きく寄せられております。

「超・準超重症児者」が増加する中で、タイムスタディによると、看護師のかかわりは、その他の重症児の約 10 倍の時間を必要としております。

療育活動面では、「超・準超重症児者」は理学療法と感覚入力が、そして医療度が軽くなるに従い、作業療法等のニーズが増加すると報告されています。

対応としては、「超重症児加算と準超重症児加算」を、それぞれ 1 人 1 日 1,500 単位と 1,000 単位にしていきたい。

看護師ならびに PT・OT・ST の加配部分については、福祉職との給与差額の保障を願いたい。

(P15. 「重症心身障害児者の日中活動支援事業所における業務のタイムスタディ」(松葉佐先生))

他のタイムスタディ調査では、1 日 15 名で運営費は 5,200 万円が、ひとつの目安になると報告されています。

(P16. その他の課題)

その他の課題対応としては、送迎利用 1 人 1 日当たり 300 単位を、欠席については 9 割保障を、また 5 名定員で放課後等デイサービスの職員配置については 5 人に 1 人を基準にいただくことが急がれます。

(P17. 概要)

一部繰り返しになりますが、

1. モデル事業時代からの 23 年の実績と国立病院機構の成果としては、単なる日中活動の場でなく、療育の場としての役割を果たしている。
2. 旧 A・B 型を基準にすると、当面、全国 700 ヶ所程度が必要で、将来は 1000 ヶ所必要と予測される。
4. 「超・準超重症児」が、近くの医療のない日中活動で受け入れられず、医療のある重症児日中活動に、やむなく長時間かけて遠隔通園を余儀なくされている等です。

(P18. 「将来予想」(10 年後))

将来の重症児の姿はどうなるのか。10 年後を予測してみました。

この部分は、しっかりしたバックデータが必要と考え、厚生科研に申請しましたが、今回残念ながら採択されませんでしたので、私(末光)の個人的な、それも大づかみの数字とお考え下さい。

Post NICU の「超重症児」も可能な限り在宅生活を、ご家族は望んでいます。

特別支援学校を卒業する重症児は、年平均 1,300 人です。10 年で約 1 万 3,000 人になる計算です。

一方、重症児者の寿命の延長に伴い、家族の在宅介護も限界に近づきつつあります。

重症児者に即したグループホームの整備やショートステイ、緊急医療入院の受け皿、そして重症児に慣れた訪問看護、介護、リハビリの充実とともに、日中活動の場の整備を、しっかりとほかることが急がれます。

(P19. 「地域ネットワーク」のための支援体系)

その際、重症児日中活動のうち、医療面を中心に地域の拠点となる事業所又はセンターは、医療機能をもたない重症児日中活動事業所はもちろん、知的障害や肢体不自由児等の中に 1～2 名の重症児を受け入れている事業所に、看護師や PT・OT・ST 等を派遣し、バックアップできる体制づくりと、それをコーディネートする「重症児専門のコーディネーター」の配置が求められます。

(P20. 10 年後の予測)

以上の在宅支援を着実に進め、新たな長期入所を最小限にとどめることができれば、

大都会を中心とした新增設を加えても、9,000 から 1 万床程度で対応できる。

そして、在宅・地域生活は 3 万人から 3 万 5,000 人程度になる。そのような試算を私はしております。

(P21. 財源問題)

「財源」について在宅支援を充実させれば、結果として長期入所の費用は抑制でき、トータルしてみると、現在の重症児にかけている約 2,200 億円は、約 2,100 円程度にとどまり、100 億円程度の余裕が見込まれると推計しております。

(P22. 「総合福祉部会」での論点 (補足資料))

ただし、「総合福祉部会」での私の体験の繰り返し、つまり誤った見解の無理強い、失敗は、なさないでいただきたいと申し上げておきます。

「総合福祉部会」で、知的障害入所の「削減率」がわずか 2.2%にとどまっており、「地域移行が不十分だ」と言い続けた人達に対し、私は「入所の左から地域の右へ移行した人、つまり『地域移行』は目標の 10%を大きく上回って 14%を達成している。しかし在宅を続けていた人で新たに入所した人と、地域移行したけれども、施設に U ターンした人の両者をあわせると 1 万 6,000 人余 11%余がいたため、差し引き入所実数の削減率が 2.2%にとどまったのである。

地域生活を支える態勢が十分であれば、入所せずにはすむし、入所者も自ずと地域移行していくはずだ」と正確な理解を求める発言をしましたが、判ろうとされませんでした。資料 3 をお読み下さい。

本末転倒の考えと対応をなさないように希望し、発言をひとまず閉じさせていただきます。ありがとうございます。

全国重症心身障害日中活動 支援協議会

1. 「一元化」の定義・共有化
2. 重症児通園の歴史と現状
3. 「重症心身障害日中活動」の課題
4. 10年後の予測
5. 「財源」

会 長 末光 茂
幹事長 木村 真人

1

「障害児支援の見直しに関する検討会」報告書 (平成20年7月22日)

(4)重症心身障害児・者の在宅支援

- 近年、支援を必要とする重症心身障害児・者が増えており、施設での支援にあわせ、在宅での支援施策についても充実させていく必要がある。

重症心身障害児・者について在宅での支援を進めていくため、医療的なケアを提供できる短期入所や、訪問看護、通園事業の充実などについて検討すべきである。

2

重症心身障害児者の実態

重症心身障害：重度の知的障害に重度の肢体不自由をあわせもち、常時医療が必要

全国(推計)約4万人余り

入所：公法人・国立198ヶ所
約1万9,000床
狭義の重症児
約1万4,000人

在宅：少なくとも約2万6,000人



3

「重症児入所ベッド」の都道府県格差

人口1万人当たりのベッド数 (全国平均 1.56)

多い県

1	佐賀県	6.1
2	高知県	4.1
3	和歌山県	3.9
4	島根県	3.9
5	徳島県	3.8
6	熊本県	3.8
7	長崎県	3.7
8	鹿児島県	3.2
9	鳥取県	3.2
10	石川県	3.1

少ない県

1	愛知県	0.5
2	神奈川県	0.7
3	岐阜県	0.7
4	千葉県	0.8
5	大阪府	0.9
6	茨城県	0.9
7	東京都	1.0
8	埼玉県	1.0
9	三重県	1.2
10	福島県	1.2

大都市圏：当分増床, 地方とくに九州・四国：急速に減少に転じる(?)

4

重症児通園事業の歴史

- 平成元年(1989年) モデル事業(5ヶ所)
(定員15名)
- 平成5年(1993年) B型(定員5名の小規模・福祉型)
- 平成8年(1996年) 一般事業化
(国の目標300ヶ所)

5

「重症児通園」事業の課題

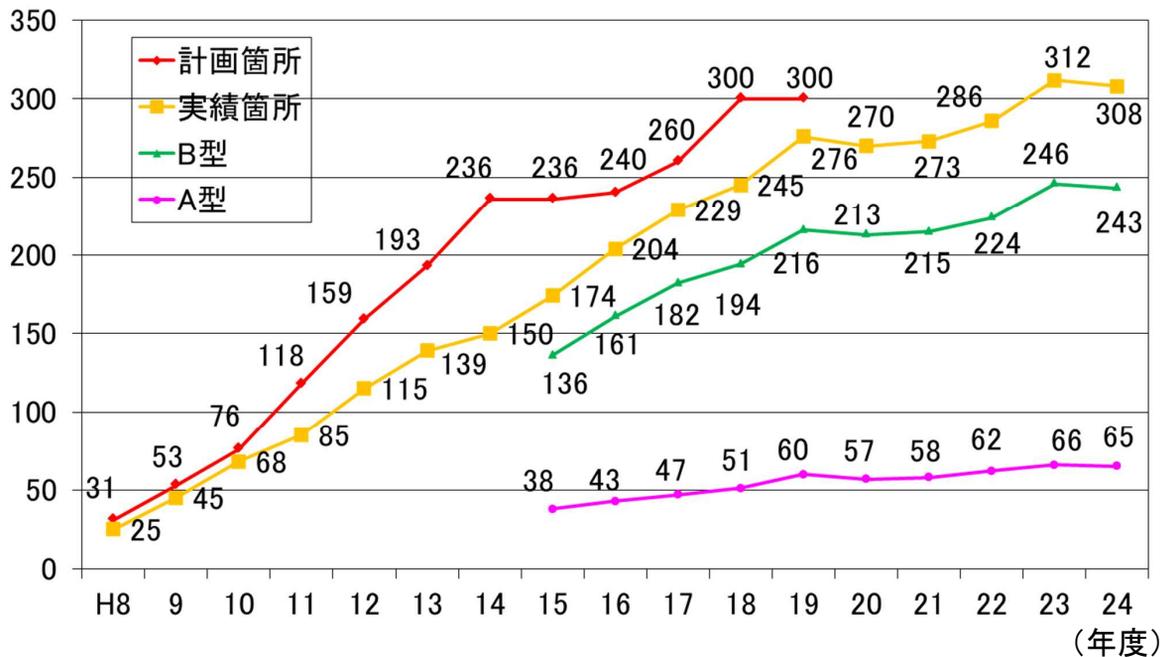
1. 予算措置事業(不安定)
→ 法定施設へ
2. 経営赤字のため箇所数が増えない
3. 全国どこでも身近な所で
4. 「児・者一貫」と「医療の確保」
(超重症児・準超重症児の増:3割)

<超重症児>



重症児通園の整備状況

(箇所数)



A型(15名): 年平均1,200~1,500万円の赤字
 B型(5名): 年平均300~500万円の赤字

7

「つなぎ法」の導入

(2012.4.1)

1. 「法定施設化」の実現
2. A型・B型の撤廃→日中活動支援事業へ
(定員の柔軟化)
3. 「児・者一貫」の確保



「障害者総合支援法」(2013.4.1)

8

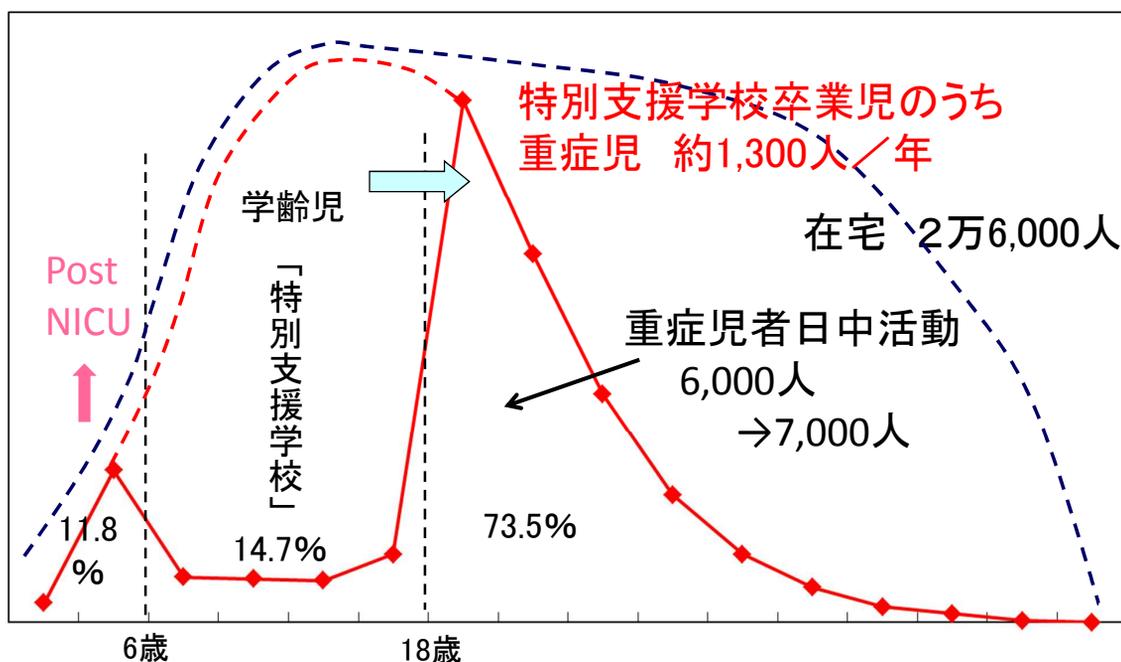
全国重症心身障害日中活動支援協議会 会員事業所 事業種別

(H26.1.17現在:会員施設216事業所)

事業種別	事業所数	計		備考
児童発達支援	12	15		児童だけ
児童発達支援・放課後デイ	3			
児童発達支援・生活介護	31	104	119 (55.1%)	児童・成人
放課後等デイ・生活介護	19			
児童発達支援・放課後等デイ・生活介護	54			
生活介護	97	97	(44.9%)	成人だけ

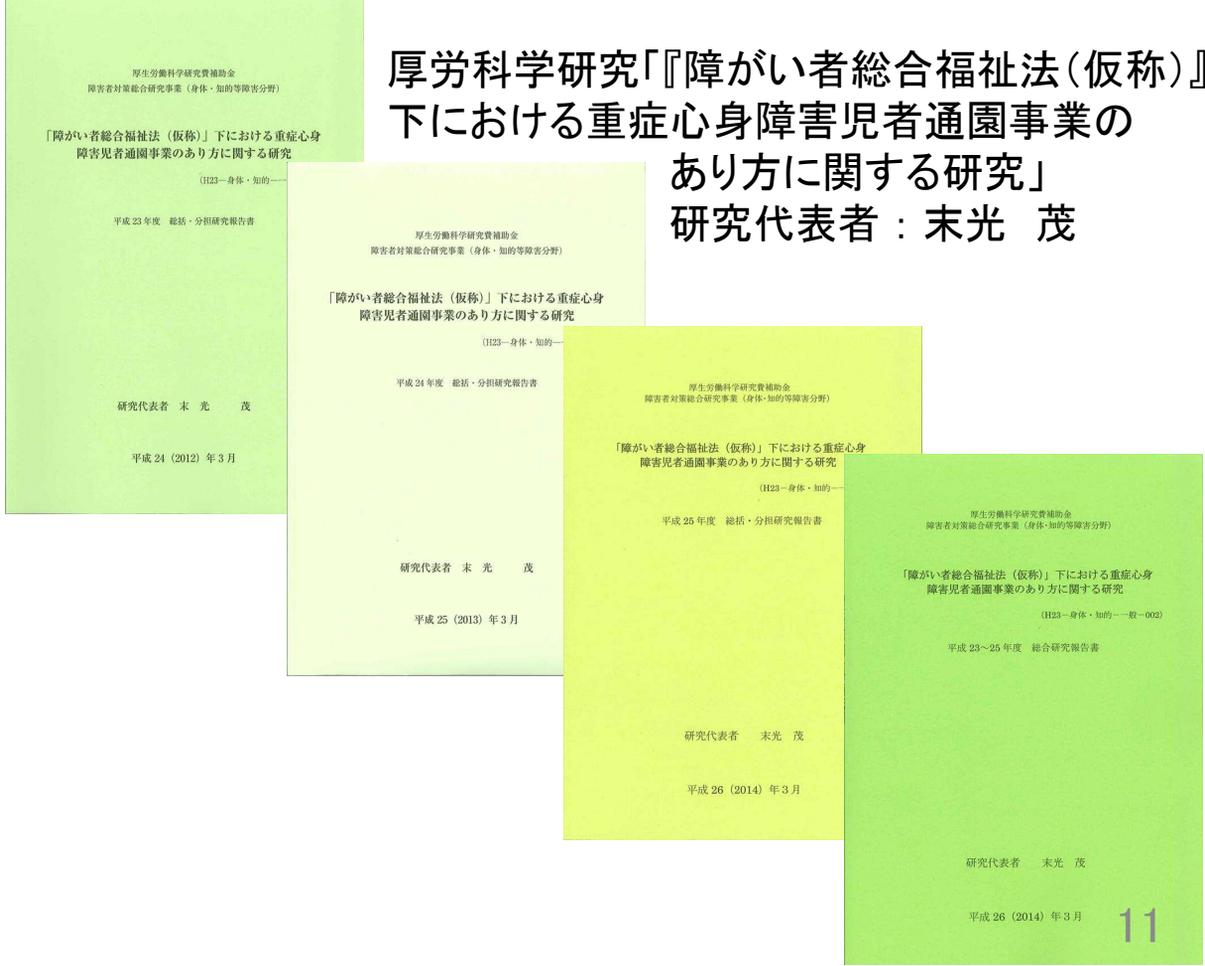
9

「重症心身障害日中活動」利用者の現状



10

厚労科学研究「『障がい者総合福祉法(仮称)』 下における重症心身障害児者通園事業の あり方に関する研究」 研究代表者：末光 茂



通所定員の柔軟化・利用実績制の功罪 (二極化)

つなぎ法以前

赤字 7割



総合支援法

赤字 5割

1日15～20名以上の成人を対象の生活介護は、収支が
一定程度改善：ただし、「超・準超重症児」と「送
迎」による赤字は不変

5～10名以下(とくに児童発達がメインと人口過疎地域)
さらなる経営困難

↓ 撤退の危機

在宅継続をやめ入所への道に転換を危惧

(高嶋幸男, 水戸敬 分担研究)

重症心身障害を対象とした生活介護事業と 児童発達支援事業の報酬比較

	生活介護(成人) 障害程度区分6対象	児童発達支援(児童) 重症心身障害児対象	
定員 5名	基本単位 1,288単位 人体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 1,587単位 管理責任者 410単位	
	合計 1,635単位	1,997単位	+362単位
定員10名	基本単位 1,288単位 人体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 813単位 管理責任者 205単位	
	合計 1,635単位	1,018単位	▲617単位
定員15名	基本単位 1,288単位 人体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 689単位 管理責任者 102単位	
	合計 1,635単位	791単位	▲844単位
定員20名	基本単位 1,288単位 人体制加算 265単位 送迎加算 82単位	基本単位 689単位 管理責任者 102単位	
	合計 1,635単位	791単位	▲844単位

専門性の確保

超重症児者・準超重症児者の増加

- ・ 看護師のかかわりは他の重症児の10倍
(松葉佐 正 分担研究)
- ・ 超・準超重症児:理学療法と感覚入力が主
- ・ 医療度が軽くなるに従い作業療法と遊戯療法が増加
(宮崎信義 分担研究)

<対応案>

- ・ 超・準超重症児加算 1,500と1,000単位／日
- ・ 看護師給与差額保障 年250万円／人
- ・ PT・OT・ST給与差額保障 年150万円／人

重症心身障害児者の日中活動支援事業所における 業務のタイムスタディ

分担研究者 松葉佐 正 熊本大学医学部附属病院 特任教授

1日13名が利用する事業所の1日の人件費は、150,203円。

1日15名の事業所に換算すると、年間の人件費は、4,160万円。

通所事業所での平均人件費比率80%をあてはめると、運営費は5,200万円がひとつの目安に。

15

その他の課題

1. **送迎**：超・準超重症児者の安全の為に看護師・介護福祉士の同乗確保
＜対応案＞利用者1人あたり300単位
2. **欠席**：入院や症状悪化の為に長期欠席率の高さ
(5～10名以下の小規模：過疎地域)
＜対応案＞9割保障
3. **放課後等デイ**：多機能型の小規模事業所での職員配置への配慮(経営をさらに悪化させ、在宅生活を狭める)
＜対応案＞定員5人に1人を基準に

16

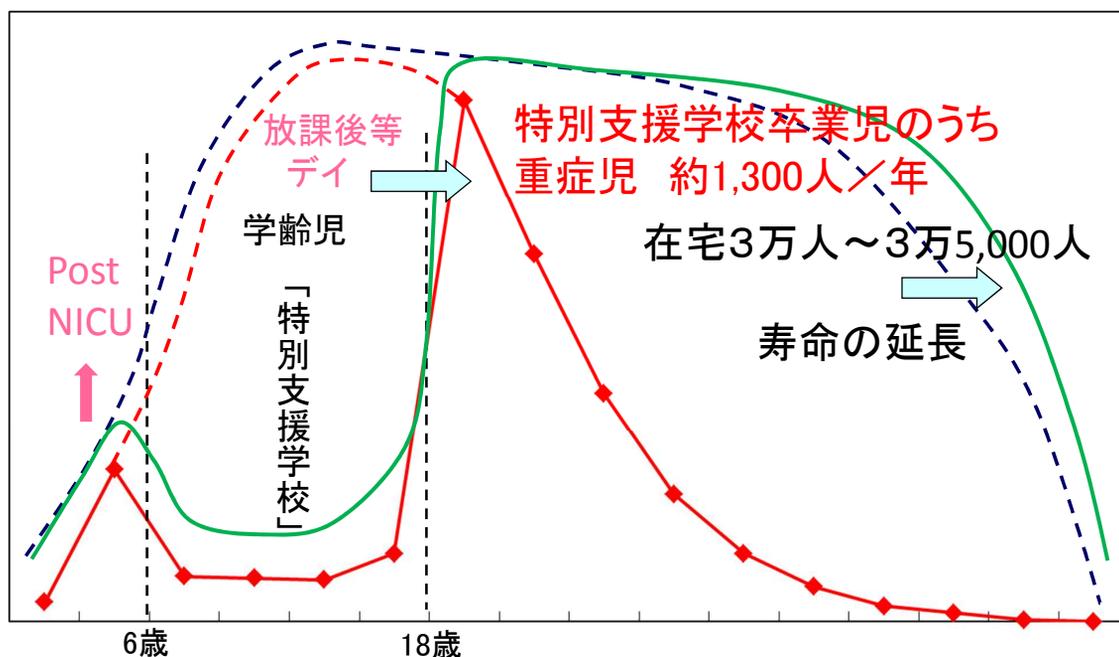
概要

1. モデル事業時代からの23年の実績と国立病院機構の成果：単なる日中活動の場でなく療育の場として
2. 旧A・B型を基準にすると当面、全国700ヶ所程度が必要。将来は1000ヶ所へ。
3. 「つなぎ法」導入後、28.2%が収入増、39.5%が悪化。
→「総合支援法下」で赤字の7割→5割へ改善したが...
4. 超・準超重症児が近くの生活介護事業所でなく医療のある重症児通園に遠隔通園を解消する体制づくり。

等

17

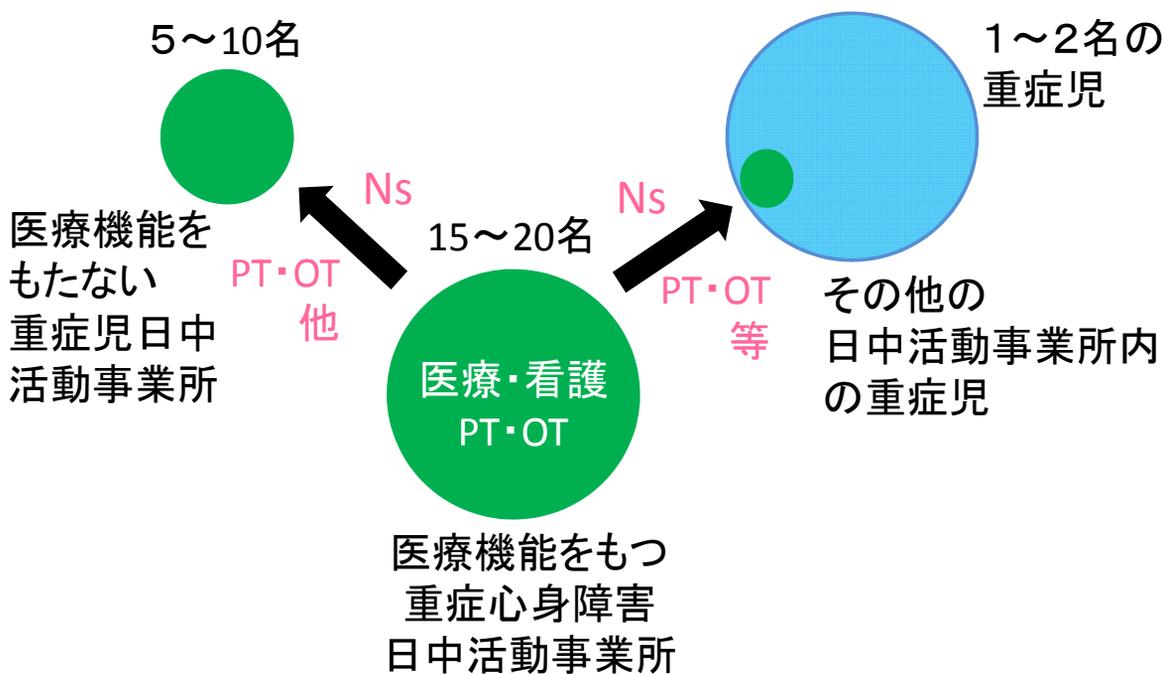
「将来予想」(10年後)



〔末光茂、制度改革と重症心身障害支援の今後—公法人立重症児施設の立場から—、国立医療学会誌「医療」2012.9; 66(9)503-505.〕

18

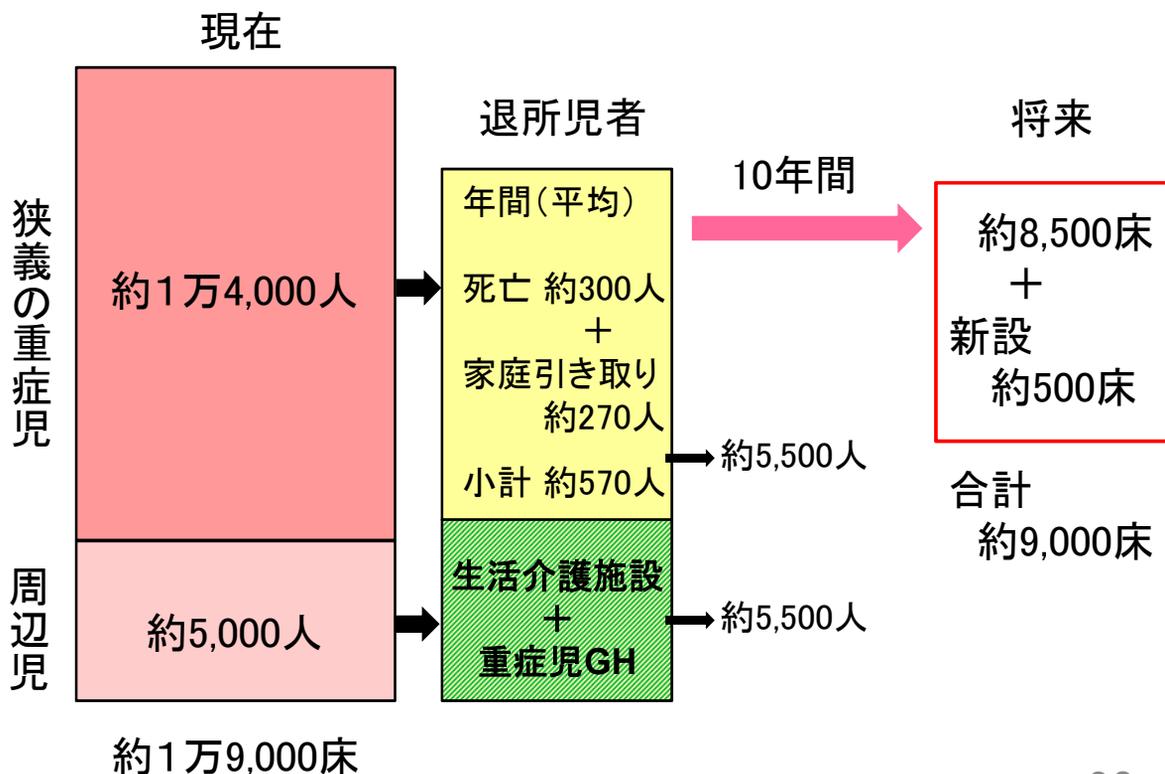
「地域ネットワーク」のための支援体系



バックアップ機能(人材育成を含む)
+ 「重症児専門コーディネーター」の設置

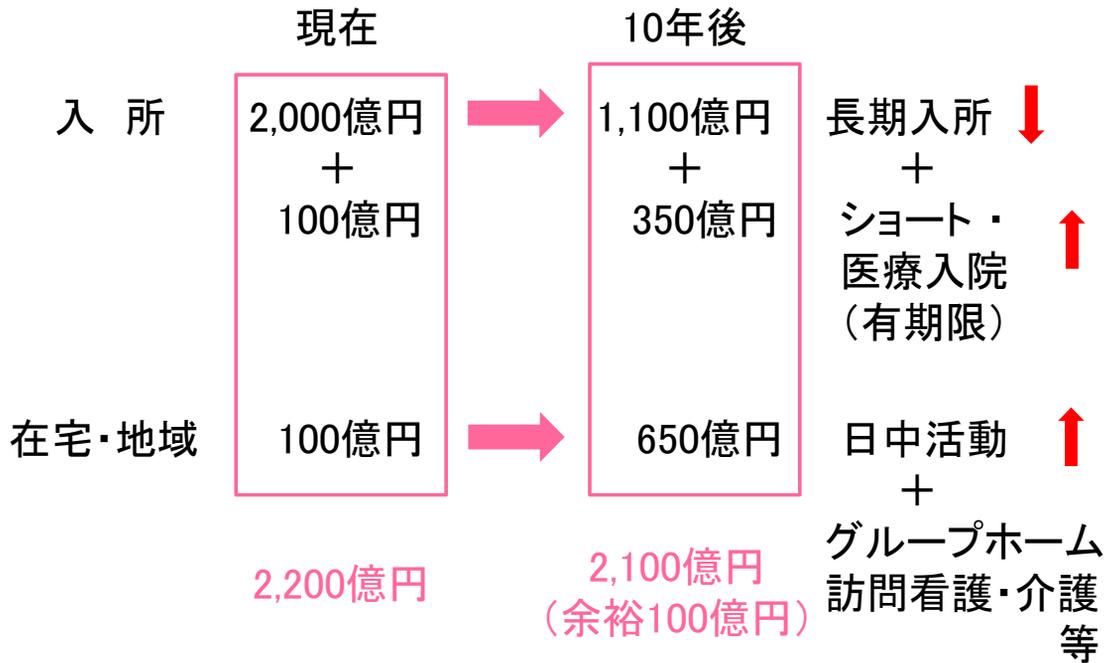
19

10年後の予測



20

財源問題



21

「総合福祉部会」での論点 (補足資料)

「地域移行」の前に在宅・地域支援の充実を

