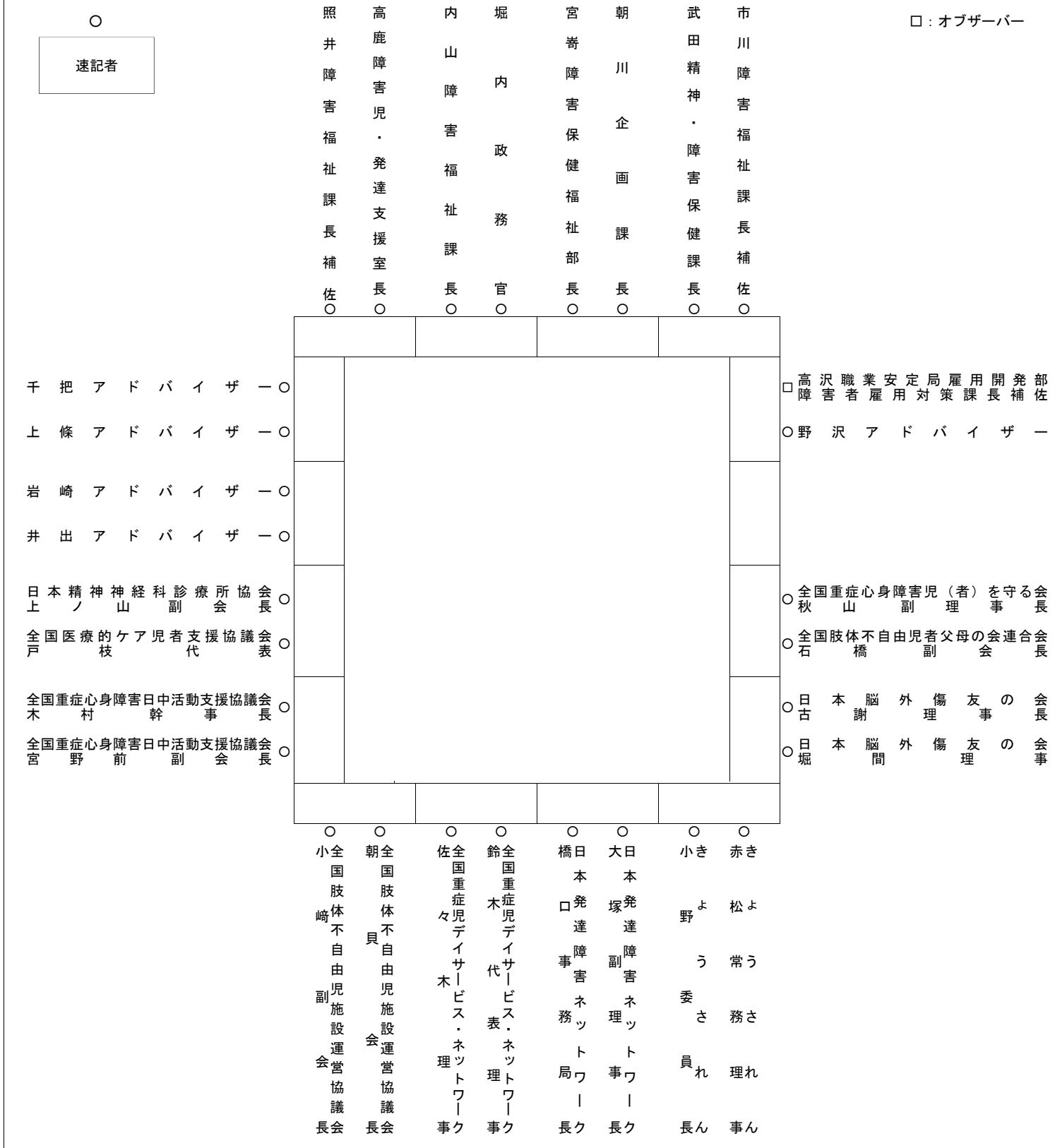
障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第４回）

日時：平成29年７月13日(木)　９:00～12:00
場所：東海大学校友会館望星の間（35階）



第４回障害福祉サービス等報酬改定検討チーム
ヒアリング実施要領

１．ヒアリングの進め方

○　ヒアリングは、２ラウンドに分けて実施します。

○　各団体は、「２．タイムスケジュール」の順番に沿って、それぞれ 10 分ずつ、平成 30 年度報酬改定に関する意見陳述を行ってください。

○　意見陳述の時間が５分を経過した時点で、呼び鈴（※）を１回鳴らします。10 分を経過した時点で呼び鈴を２回鳴らしますので、その場合、速やかに意見陳述を終了するようお願いします。

※　呼び鈴の他、プラカードでも合図をいたします。

○　意見陳述は、事前に事務局にご提出いただいたヒアリング資料の概要ページを用いて行ってください。

○　質疑は、１ラウンドごとに行うこととし、各団体の意見陳述終了後にまとめて行います。

２．タイムスケジュール

【１ラウンド（５団体）】

時　　間	団体名
９:05～９:15(10 分)	社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会
９:15～９:25(10 分)	一般社団法人全国肢体不自由児者父母の会連合会
９:25～９:35(10 分)	特定非営利活動法人日本脳外傷友の会
９:35～９:45(10 分)	きょうされん
９:45～９:55(10 分)	一般社団法人日本発達障害ネットワーク
９:55～10:20(25 分)	質疑（１ラウンド（５団体)）

【２ラウンド（５団体)】

時　　間	団体名
10:20～10:30（10 分）	一般社団法人全国重症児デイサービス・ネットワーク
10:30～10:40（10 分）	全国肢体不自由児施設運営協議会
10:40～10:50（10 分）	全国重症心身障害日中活動支援協議会
10:50～11:00（10 分）	全国医療的ケア児者支援協議会
11:00～11:10（10 分）	公益社団法人日本精神神経科診療所協会
11:10～11:35（25 分）	質疑（２ラウンド（５団体)）

11:35～11:40（５分）	全体質疑

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第４回）
議事次第

平成 29 年７月 13 日（木）
９：００～　１２：００
於：東海大学校友会館
望星の間（35 階）

議　題：

１．関係団体ヒアリング③

２．その他

〇配付資料

ヒアリング資料１　　社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会
ヒアリング資料２　　一般社団法人全国肢体不自由児者父母の会連合会
ヒアリング資料３　　特定非営利活動法人日本脳外傷友の会
ヒアリング資料４　　きょうされん
ヒアリング資料５　　一般社団法人日本発達障害ネットワーク
ヒアリング資料６　　一般社団法人全国重症児デイサービス・ネットワーク
ヒアリング資料７　　全国肢体不自由児施設運営協議会
ヒアリング資料８　　全国重症心身障害日中活動支援協議会
ヒアリング資料９　　全国医療的ケア児者支援協議会
ヒアリング資料 10　公益社団法人日本精神神経科診療所協会

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料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

社会福祉法人
全国重症心身障害児(者)を守る会
理事長　有 馬 正 高

社会福祉法人 全国重症心身障害児（者）を守る会の概要

1．設立年月日：昭和39年6月13日（昭和41年社会福祉法人認可）
2．活動目的及び主な活動内容
　全国重症心身障害児(者)を守る会は、児童福祉法の適用外とされ法の谷間におかれていた重い障害をもつ子どものいのちを守り、福祉の中に入れて欲しいと願い、親たちが中心となって昭和39年6月13日に設立いたしました。
　当時の国の福祉は障害が重く社会復帰できないものには及ばず、「社会の役に立たないものに国のお金は使えません」との声も聞かれる世相の中で、私たちは「どんなに障害が重くても真剣に生きている この命を守ってください」、また「社会の一番弱いものを切り捨てることは、その次に弱いものが切り捨てら れることになり、社会の幸せにつながらないのではないですか」と訴え、理解を深める努力をしてまいりました。以来半世紀にわたり、「最も弱いものをひとりももれなく守る」という基本理念に沿って、重症心身障害児者の医療・福祉・教育における施策の充実に向けた運動を展開するとともに、親の意識の啓発と連携を密にするため全国各地に支部を置き、地域における重症心身障害児者への理解を深める活動を続けております。

【主な活動内容】
・親の会との共催により、毎年各地で全国大会を開催。全国8ブロックで各ブロック大会を開催
・重症心身障害児療育相談センター、保健医療・福祉施設あしかがの森の運営（直営）
・世田谷区立三宿つくしんぼホームの運営（指定管理者）
・東京都立東大和療育センター、東京都立よつぎ療育園、東京都立東部療育センターの運営（指定管理者）
・中野区立療育センターアポロ園、中野区子ども発達センターたんぽぽの運営（指定管理者）
・品川区重症心身障害者通所事業所ピッコロの運営（委託契約）
・重症心身障害児在宅療養支援事業の運営（東京都との委託契約）
・機関誌「両親の集い」の発行（月刊）

3．支部数　　：　47（各都道府県）
4．会員（親の会）：　約　11，000人
5・法人代表　　：　理事長　有馬正高

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―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　計画相談支援の専門性を評価してください。

2　緊急短期入所を保障するため、空床が機能するように報酬単価を設定してください。

3　重症心身障害児（者）短期入所病床の確保対策として、診療所併設型の福祉型短期入所事業所の報酬を、医療型短期入所サービス費同額としてください。

4　新規に強度行動障害者として判定を受けた者で、特に医療的ケアを必要とする者を療養介護の対象にしてください。

5　重症心身障害児が入院した場合、者と同様に重度訪問介護の利用を可能としてください。

6　通園事業（通所を含む）利用者の通園保障のため、経営実調から欠席補償ではカバーできない経営実態を踏まえ、**安定した運営が可能となる**報酬単価を設定してください。

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

※　福祉人材の確保
※　自助・共助・公助の調和のとれた施策の推進

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　計画相談支援の専門性を評価してください。

【意見・提案を行う背景、論拠】

・障害児者の計画相談支援は、専門性を持った経験者の配置が必要です。
重症心身障害児（者）の親等が安心できる相談支援体制を構築するために、基本報酬を引き上げるとともに複雑かつ長期間を要する事例には加算してください。

【意見・提案の内容】

・利用者に寄り添う相談支援には、専門性を持った経験者の配置が必要であります。
相談支援報酬単価の適正な設定が望まれます。

（1） 基本報酬を適正な単価に引き上げて下さい。
重症心身障害児者の計画相談は、親の障害受容等から始まり、安全かつ安心できるプランが求められることから、専門知識と経験豊かな人材を必要とし、また、医療機関との連絡調整等、一人のサービス等利用計画策定には複雑な工程を経て、かつ長期間を要するため、これらの内容を評価してください。

（2） 複雑かつ長時間を要する事例については、加算制度を設けてください。

（現行）

計画相談支援
基本報酬　1，611　単位　＋　（特別地域加算）

継続サービス利用支援（モニタリング）
基本報酬　1，310　単位　＋　（特別地域加算）

（長時間を要する実態）

【NICUからの退院児の計画相談の例】

重症心身障害児者の場合、医療機関、教育機関、障害福祉サービス事業所及び行政機関など多くの関係機関との連絡調整を必要とすることから、サービス等利用計画の作成に初回面接から1～3か月を要する場合が多い。また、一旦作成した利用計画も障害児の状況の変化により保護者からの要請で変更されることが多く、関係機関や関係者との再調整をするため、更に期間を要する。

≪会議及び連携打合せの事例≫

〇病院主治医、看護師、PT/OT、SW、行政（SW、保健師）、訪問看護師、居宅介護事業所、特別支援学校、他の相談事業所との打ち合わせ
〇担当者会議　1～2回
〇関係機関との打ち合わせ　数回
〇必要に応じての連携調整

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　緊急短期入所を保障するため、空床が機能するように報酬単価を設定してください。

【意見・提案を行う背景、論拠】

平成24年度の報酬改定で、緊急短期入所確保加算が創設されたことは高く評価していますが、確保加算の単価が低いため、円滑に機能するに至っておりません。

ついては、緊急短期入所確保加算費の増額をお願いいたします。

【意見・提案の内容】

（改定要望）

緊急短期入所確保加算　現行　40単位（日数）を医療型短期入所サービス費（Ⅰ）の50%の額に改定いただきたい。

（在宅家庭の意見）

・短期入所ベットが少ないため、2か月前に入所調整が行われている。
・緊急時の利用は、まれに可能であるが、できないことが多い。
・緊急用ベットの確保を願って設置要望しているが、実現困難な状況。
・緊急時に、利用できない時は、身内に依頼するか、入院で対応、又は外泊時につれて行く場合などが多い。
・介護者の急病や葬祭等、突発的な事態に対応できないことに困惑する。

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）

3　重症心身障害児（者）短期入所病床の確保対策として、診療所併設型の福祉型短期入所事業所の報酬を、医療型短期入所サービス費同額としてください。

【意見・提案を行う背景、論拠】

医療的ケアを必要とする重症心身障害児（者）を受け入れる短期入所事業所の創設には、医療体制を十分に備える必要性から、医師、看護師等を確保しやすい病院や有床診療所の空床を利用するのが近道である。しかし、病院や有床診療所の創設には、その地域の病床数の制限、それに伴う認可が必要となる。

地域における短期入所の必要ベット数を確保する方策として、病床数の制限を受けない福祉型短期入所事業所の創設により、ベット数を確保し、医療的ケアへの対応として診療所を併設することが考えられる。

この場合、医師の確保のほか、看護師を確保する必要があることから、医療型短期入所サービス費を適用することにより、医療スタッフ等の人件費等をカバーすることが可能となる。

【意見・提案の内容】

診療所併設の福祉型短期入所事業所が、重症心身障害児（者）を受け入れた場合に、医療型短期入所サービス費同額の報酬としてください。

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）

４　新規に強度行動障害者として判定を受けた者で、特に医療的ケアを必要とする者を療養介護の対象にしてください。

【意見・提案を行う背景、論拠】

平成２４年度制度改正時に、旧重症心身障害児施設、又は指定医療機関に入所・入院していた強度行動障害者は、経過措置により療養介護（重症児病棟）の利用が認められていますが、新規に障害支援区分の判定を受けた者は、療養介護の対象になりません。

療養介護の対象として位置付けてください。

【意見・提案の内容】

本来であれば、強度行動障害者に特化した新たな専門利用施設体系の確保が必要と考えますが、当面、療養介護の対象に強度行動障害者を明記し、新規の強度行動障害者が入所を希望した場合、実施主体から療養介護の支給決定が受けられるよう経過的措置を設けていただきたい。

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）

５　重症心身障害児が入院した場合、者と同様に重度訪問介護の利用を可能としてください。

【意見・提案を行う背景、論拠】

平成30年度から「重度訪問介護の訪問先の拡大」として最重度者が医療機関に入院した時には、利用者の状況などを熟知しているヘルパーを引き続き利用し、そのニーズを的確に医療従事者に伝達する等の支援を行うことができるようになったところ。

１８歳未満の児童が医療機関に入院した時に、医療機関から付き添いを求められた場合に付き添えない場合、上記と同じような事象が生じることから、者のみならず最重度の児童も対象としていただきたい。

【意見・提案の内容】

１８歳未満の児童についても、重症心身障害児にあっては、医療機関に入院した場合に重度訪問介護の支給対象としてください。

【医療機関での支援内容】

・児童ごとに異なる特殊な介護方法（例：体位交換）について、医療従事者などに的確に伝達し、適切な対応に繋げる。
・強い不安や恐怖等による混乱（パニック）を防ぐための本人に合った環境や生活習慣を医療従事者に伝達し、病室等の環境調整や対応の改善に繋げる。

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）

６　通園事業（通所を含む。）利用者の通園保障のため、経営実調から欠席補償ではカバーできない経営実態を踏まえ、**安定した運営が可能となる**報酬単価を設定してください。

【意見・提案を行う背景、論拠】

　重症心身障害児者の出席は、本人の体調、送迎等を行う家族等の体調、一緒に生活している家族（年少のきょうだい等）の体調により左右される場合が多い。

　欠席率等を経営実態調査で明らかにしたうえで、欠席率を勘案したサービス報酬を設定していただきたい。

【意見・提案の内容】

〇出席率80%を下回る場には、欠席率を勘案したサービス報酬にしてください。

（低年齢の重度心身障害児の場合）

　特に、就学前（１歳～５歳）の幼児通園の場合には、体調の変動が激しく、登園日が決められていても、当日の体調で欠席となる場合が多く、欠席率が50%を超えることがあり、運営に困難をきたしているのが実態です。

　当法人の運営する施設では、定員5名に対し、登録児が12名、（H28実績　２．１人／日）で欠席率は50%を超える状態です。

　職員は、欠席人員に関わりなく配置することになりますので、利用収入の減は、運営を困難にします。

　欠席率を勘案し、これを見込んだサービス報酬としていただきたい。

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）

6のつづき

視点ー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

○障害福祉計画達成の懸念

国は、平成32年度末までに、主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業及び放課後等デイサービス事業所を各市町村に少なくとも1か所以上確保することを基本とするとしている。

しかし、現在の報酬単価では事業所の増が見込めない懸念があります。

※　福祉人材の確保

障害福祉の現場において、看護師等の医療職種、保育士・児童指導員等の福祉職種の求人が困難な状況にある。医療現場の報酬が上がれば或いは保育所や介護現場の報酬が上がれば、障害福祉もそれ以上に報酬を上げなければ、人材が確保できないイタチごっこの状況にある。

障害福祉の職種に細かいキャリアパスの仕組みを設けるなど、多くの医療職種、福祉職種が働きたくなる魅力ある職場にする必要がある。

※　自助・共助・公助の調和のとれた施策の推進

障害者福祉等サービス利用者数は、年々増加傾向にあるが、一方で、相談支援などを通じて、自助・　共助・公助の調和を図る支援の在り方を模索することが必要である。また、事故の防止や2次障害の防止等に配慮する必要がある。

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料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

一般社団法人 全国肢体不自由児者父母の会連合会
会 長　清 水　　誠 一

一般社団法人　全国肢体不自由児者父母の会連合会の概要

１．設立年月日　昭和 36 年(1961 年)11 月 10 日

２．活動目的及びおもな活動内容

肢体不自由児・者の福祉の増進と、自立による社会参加に寄与することを目的とし、主に次の事業を行っています。

①肢体不自由児者が地域で普通に暮らすことができる環境をつくる。

②肢体不自由児者福祉に関する社会的啓発

③肢体不自由児者福祉に関する調査研究

④支部父母の会育成強化に関する知識の普及と助成

⑤その他目的を達成するために必要な事業

【主な活動内容】

・全国大会、ブロック(7 ヵ所)大会、地域指導者研修会、保護者・ボランティア研修等、支部育成・連携事業等の実施

・機関誌、情報誌、指導誌、全肢連情報(月 2 回)など、定期刊行物及び療育図書等の発行

・インターネット、SNS 等を活用した各種情報の集散や、調査・研究活動並びに相談事業の実施

・療育キャンプ、さわやかレクリエーション等の助成事業による、生活の質を高める各種事業の実施

・国際交流事業や、企業や支援者との各種コラボレーション事業、レクリエーションスポーツ事業等の実施

３．加盟団体数(又は支部数等)　４７都道府県肢連　http://www.zenshiren.or.jp/shiren/shiren.php3

４．会員数　47 都道府県肢連・区市町・地域父母の会　約 21,000 名（平成 29 年 6 月 30 日現在）

５．法人代表　会長(代表理事)　清水　誠一

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)

どんなに「重い障害を持っていても地域で普通に生きる当たり前の生活」の実現や「親の高齢化・親亡き後への対応」は我々父母の会としての、特に母親の思いとしては永遠の課題です。

「医療的ケアを必要とする障害児が適切な支援を受ける事ができる体制整備」は改正されましたが、65 才からの介護保険サービスの利用者負担、入院中の重度訪問介護利用、課題でもある補装具の貸与制度、移動支援の在り方についても先送りとなりました。今後の検討課題では、サービス等利用計画通りの障害福祉サービスの着実な実施が進められなければなりません。

例えば、障害児・者のリハビリテーションについて支援学校・支援学級での養護訓練は資格者の自立活動教諭で指導されているのか？外部からの OT・PT によるのか？成人期では通所・入所先における OT・PT による訓練はしているのか？時間は確保されているのか？など、訓練時間は障害児・者の個別支援計画を作成するときに重要な視点であり時間や場所に制約されるものではないと考えます。そのようなことから全肢連では現在、全国の会員を対象として「サービス等利用計画書とリハビリテーションに関する」アンケートを実施し、6 月末で中間報告を取りまとめたところです。

平成 30 年度障害者福祉サービス等報酬改定に関して全肢連では、今回は特に以下二点に絞って要望をいたします。

１.医療的ケアを要する障害児者に対する支援の充実【視点１】

①医療的ケアを必要とする制度全般について
②重度障害児者への支援の充実について
③移動支援の全国一律の制度とすることに加え個別給付施策の拡大について
④医療的ケア児に対する文部科学省との更なる連携と制度設計の一層の促進について
⑤支援人材の確保について
⑥在宅医療の充実について
⑦これらの課題を改善するための報酬単価の改正について

２.地域生活を支援する新たなサービス内容の充実【視点２、３】

①さまざまな暮らしの在り方、ニーズに対するサービスの多様性と選択肢の拡充について
②デイサービス等地域生活の充実について

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く上で課題及び対処方策

１.医療的ケアを要する障害児者に対する支援の充実に関して

(1)現 状

現行の喀痰吸引等の研修ではカバーできない医療的ケアが増えているため制度の見直しが必要と強く思います。例えば、

・吸引については口腔内とカニューレ内となっていますが、最近ではカニューレフリーの術式が増えている。

・けいれん発作のために必要に応じて座薬を使用する者も多い。

・導尿や薬液吸入が必要な者も増えている。

※看護師のみが対応するとなると、事業者の利用者受け入れ制限を招くので対応が必要と考えます。生活介護事業、短期入所事業等いずれも医療的ケアが必要な利用者は事業者を探すのが大変です。

但し、現在でも施設職員が対応しているところもあり、これらはいわばグレーゾーンであるのが現実です。

濃厚な医療的ケアが必要な利用者にとっては看護師だけでなく、医師とのより緊密な連携が必要です。

東京都肢連が本年 3 月に行ったアンケートでは、地域に受け入れ可能な施設があっても療育センター(旧重心施設等)の通所を希望する者が定員より多く、通所日数を制限されています。(表①、表②)

重度重複障害者にとっては週 5 日の通所が保障されて初めて体調をみながら通所することができます。始めから週 3 日とか 4 日とかに限られると、1 日休むと通所日数が週の半分以下になってしまいます。

地域での医療機関との連携を進めるための新たな仕組みが必要と考えます。

医療的ケアは制度として、介護職が医療的ケアを行えるようになって数年たちますが、地域での施設などで実際に行っているところはまだまだ少ないのが実情です。

最大の要因としては、施設内での慢性的な人手不足の問題。介護支援者を研修に出す余裕がないのが一番の要因です。

また看護師ベースで行うことが多い事が現実であり、看護師の確保に苦労しており、通所なども医療的ケアの利用者は通所日数の制限を受けていることが多いのが実際です。

また、施設内の指導医などの配置が位置付けられていないため、看護師たちは責任の所在を含め、精神的な重積な職務にあるので、なかなか安定的な雇用につながらないとの声も寄せられています。

さらに指定管理移行がすすむ中、民間と公営では看護師の確保や安定にはかなりの差が出ています。行政が責任を負って運営しているところほど看護師の安定性も高いのは報酬の安定性なのではないかと推測します。

表①

療育センターアンケート結果一覧

☆通所に関して☆

質問内容	府中	北療育	北療育 城南分園	北療育 城北分園	島田療育	島田 はちおうじ	東部	東大和	秋津
通所部門の定員と現在ご利用の通所者数									
定員	22人	30人	18人	30人	(児童発達含む)45人	30人	30人	30人	15人
利用者数	27	37人	27人	27人	34	22人	39人	38人	16人
	有		有	なし	なし	なし	なし	有	有る
通所日数の制限（シェア）はありますか？	週4日	週4日	週4日	5日	5日	5日	5日	週4日	週5日
							一日は自主通所		
通所日数の制限は通所定員オーバーのためですか？	はい	はい	はい	—	—	—	はい	はい	はい
通所日数制限を受けた方は地域での通所施設の受け入れはありますか	はい	はい	いいえ	—	—	—	はい	はい	はい
今後も通所希望があれば定員に関係なく通所の受け入れは可能ですか？	いいえ	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	はい	はい

意見・課題

東大和： 対象者が重症児であり、当センターの通所エリア内であれば定員オーバーとしたからという理由で利用を制限することはありません
現状では登録者数が定員を上回っているため日数制限を設けていますが、希望者には全員週五日の利用を確保できています。

東部 ： 現在の利用されている方の既得権という考えではなく日数をシェアしてもなるべく多くの方が利用できるようにするべきであると考えています。
但し、利用回数の最大が週3日以下以なる場合は検討が必要だと思う。

城南分園: 医療的ケアの方が増えてケアも濃厚になっております。職員体制として上入れは上限に近づきつつあります。

北療 ： 日数制限を行わなければならない状況ではあるが、利用ニーズに可能な限り応えられるよう柔軟かつ的確に対応している。

表②

療育センターアンケート結果一覧

☆短期入所に関して☆

質問内容	府中	北療育	北療育 城南分園	北療育 城北分園	島田療育	島田 はちおうじ	東部	東大和	秋津
短期入所利用枠は何床？	23床	2床+空床利用	—	—	3床	—	24床	28床	3床
短期入所者の利用は平均何日？	5日	5日	—	—	4日	—	4日	1週間前後	5日
レスパイトのための短期入所の上入れは可能か？	可能	可能	—	—	可能	—	はい	はい	はい
短期入所中の通所は可能か？	可能	可能	—	—	可能	—	はい	はい	はい
短期入所中に他施設や同施設内で通所する場合に何か条件はありますか？	無	当センターの通所利用者が当センターの通所を利用することが可能。送迎は家族などが行うことが条件	—	—	他施設への通所は家族の送迎が条件	—	①送迎は自主②通所施設側に感染症がないこと	①当施設/送り:病棟職員戻り・通所職員 ②他施設/送迎ご家族か施設職員	無

(2)課題と要望

〇一人の独立した個人として「特別障害者手当」、「障害者基礎年金」等で障害者が在宅で生活できるよう、少なくとも生活保護受給者程度への増額を図られたい。

〇障害者は、医療機関で検査などを断られるケースが多く、専門的な対応ができる医療機関が少ない。障害者が安心して検診、受診できるように医師の育成を含めた医療機関の整備を図られたい。

〇肢体不自由児者にとって身体機能の維持改善にリハビリテーションは生涯にわたって必須であるが提供体制が貧しく維持改善どころか二次障害に至る場合も起きている。障害児(者)リハビリテーション料の算定できる施設について、障害児(者)の生活をする地域においてリハビリテーションを受けられるよう脳血管等リハビリテーション料と同等の金額へ引き上げられるよう要件の改善を図られたい。

〇現状の移動支援制度は「個別給付と地域生活支援事業」の二本立てで行われているが、地域生活支援事業では個別給付のような全国一律の基準ではなく自治体の裁量で決定されることから真に必要なサービスが得られない。一法律一制度でありながら、現制度化の地域生活支援事業では地域間格差を解消する手立てが厳しく自治体の判断に委ねることのない全国一律の制度とすることに加え個別給付施策の拡大を図られたい。

〇車いす利用者・医療的ケアを必要とする児童が特別支援学校、普通学校に通学する時、保護者が通学手段を持ちえない場合などがある。通学に係る移動支援は現状の個別給付と地域生活支援事業に限らず、特別支援教育の個別給付施策としての実施を図られたい。
〇通所施設利用者の送迎加算額の増額、または通所支援施設等への通勤費補助の制度化を図られたい。
〇障害者が 65 歳になると、それまで受けていた障害者福祉サービスから介護保険サービスに優先適用されるが、障害者が必要とするサービスが介護保険サービスにない、生活介護の継続利用が必要なことから、平成 27 年 2 月 18 日付けで、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課障害福祉課から各都道府県等に対して事務連絡で「併給可」の通達の更なる周知、徹底を図られたい。
〇医療的ケアに関わる医療機器が災害時でも維持できるように自宅及び避難所における機器のバッテリー化と予備バッテリー購入に支援を図られたい。
〇減災と災害時の支援を図るために障害支援区分認定調査表や、相談支援アセスメント表に「災害時の支援に関する項目」の追加を図られたい。
〇フッ素での予防的治療は、虫歯の発生をかなり予防されることからフッ素治療費の自己負担が地域により異ならないように改善を図られたい。

【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

【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

２.地域生活を支援する新たなサービス内容の充実

(1)現 状

デイサービス等地域生活の充実の実情では、東京都の会員の一人が昨年、子ども(成人)施設の関係で都内３０か所の施設見学を行い、民間と公営の常勤・非常勤や雇用年数などを調べました。圧倒的に公営の方は常勤配置がきちんとされていましたが、民間は非常勤の割合が高く、そのため離職率も高く、経験の積み上げ、施設の安全性に首をかしげてしまうものが目立ちました。

また前項と同じく、東京都肢連が本年 3 月に行ったアンケートでは、法内化入居施設数は以下の通りとなっています。

法内化短期入所施設数

府中市	小平市	武蔵野市	北区	大田区	墨田区	足立区	板橋区
3か所	7か所	1か所 二年以内に新規予定	3か所	3か所	1か所	6か所	3か所
新宿区	**江戸川区**	**江東区**	**練馬区**	**台東区**	**世田谷区**	**杉並区**	**中野区**
6か所	2か所 身体利用不可	0 29年度に検討中		2か所	6か所	4か所	―
品川	**中央区**	**葛飾区**	**目黒区**	**渋谷区**	**三鷹市**		
0	0	0 30年度1か所予定	―	2か所	―		

前項の医療的ケアで示した看護師も同じで、公営の看護師配置、専門員配置に比べると民間ではやはり設置が少なく、利用者の安全性にとても不安を感じることが多々あり、処遇の問題は大きいと感じています。

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、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策として、以下の視点を基での対処をお願いしたいと思います。

(2)課題と要望

〇国の方針に基づき、施設入所から地域移行をめざしているが、グループホーム等の整備が未だ不十分である。重度障害者が利用できるグループホーム設置促進と、障害当事者、親の高齢化により入所の必要性が高くなる事への対策として、住まいの場の整備と重度障害者の入所施設の確保を図られたい。

〇重度重複肢体不自由者（身障１種２級以上、療育手帳Ａ判定、介護区分６）がグループホームへ入居した場合、「障害者基礎年金」や「特別障害者手当」」等の支給金額よりも多くかかる事業所もある。重度重複肢体不自由児者にとって就労は難しい状況であり、「年金」「手当」以上の収入は望めない。一人の独立した個人として、重度重複肢体不自由者が地域で最低限の健全な生活が営むことのできるように少なくとも生活保護受給者程度への増額を図られたい。

〇グループホーム等で生活している利用者のみに月１万円の住宅手当が出されているが、アパートや個人住宅で暮らす障害者の実質生活費は全て自前にもかかわらず何の手当ても無く不公平感がある。今後、親の遺産を引き継ぐ等自宅で暮らす障害者も多くなることが予想されるなか、住宅手当よりも障害者年金の実質アップとして公正な支給への見直しを図られたい。

〇医療的ケアの必要な方はもちろんのこと重度の障害者はショートステイ(短期入所)の利用ができない。これでは当事者の自立、また親、家族のレスパイト等がいつまでたってもできない。早急に重度障害者が利用できるようショートステイ施設への手立てを図られたい。

〇地域の福祉施設がショートステイ(短期入所)を始めたくても、この報酬では将来的に見通しが立たない。施設から地域への移行を促進するためにも、身近な福祉型短期入所サービスに対する報酬増を図られたい。

〇障害者の在宅医療を進め、小児科医、小児神経医、内科等の在宅医療推進を制度的に推進し、重度心身障害者、難病患者、医療の必要な高齢障害者の地域生活を安心して継続できるよう図られたい。

〇障害者相談支援の中核となる基幹相談支援センターは多くの自治体でいまだ整備されておらず、その数も不足している。指定相談事業所が運営できるよう、国の指導により市町村の格差是正と制度の改善を図られたい。
〇計画相談支援、障害児相談支援の参考様式集のアセスメント項目に、「通学」「就労」「災害」の項目を追加するよう改善を図られたい。
〇地域生活支援事業では、障害児者が充実した日常生活を営むことができるようまた社会参加等に必要な外出時に支援するとされているが、余暇他、入院・通院、グループホーム、入所・通所施設などの移動にも使えるよう利用拡大を図られたい。
〇改正障害者雇用促進法の合理的配慮に車いす利用者・医療的ケアを必要とする者が自力で通勤手段を持たない時の例示はないが、公共交通機関の利用が不可能であっても、移動支援（福祉有償運送）が担保されることで就労機会を得ることで多くの障害者の自立の道が開かれることとなる。移動支援は現状の個別給付と地域支援事業に限らず障害者就労支援の個別給付施策での実施を図られたい。
〇通所施設利用者の送迎加算額の増額、または通所支援施設等への通勤費補助の制度化を図られたい。
〇就労継続支援事業所の食事加算の減額施策が平成 29 年度(平成 30 年 3 月 31 日)まで延長となったが、利用者が安心して施設を利用できるように 30 年度以降も継続するよう図られたい。

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料３

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

特定非営利活動法人日本脳外傷友の会
理事長　古謝　由美

NPO法人
日本脳外傷友の会
Japan Traumatic Brain Injury Association

特定非営利活動法人　日本脳外傷友の会の概要

１．設立年月日：平成12年4月 任意団体日本脳外傷友の会
平成19年7月13日　特定非営利活動法人日本脳外傷友の会

２．活動目的及び主な活動内容：
交通事故や脳梗塞などによって脳に損傷を負い、後遺症として高次脳機能障害を持った者及びその家族並びに高次脳機能障害者と家族が参加している支援団体等に対し、それぞれの障害についての正しい知識の普及と情報の提供を行い、障害者本人の社会復帰、社会参加の促進を図る一方、一般世間が高次脳機能障害に対し理解を深めると共に就労や復学、復職に向けて支援活動を通じ、高次脳機能障害者とその家族が安心して生活を営める環境を築く事により一人一人がより充実した社会参加の実現に向けて、長年にわたり活動している。

【主な活動内容】
- 日本脳外傷友の会全国大会の開催
- 国や県、市町などの関係機関への働きかけ
- 障害者本人の社会復帰・社会参加の支援
- 機関誌の発行

３．加盟団体数（又は支部数等）：64団体（平成29年５月時点）

４．会員数：2681名（平成29年５月時点）

５．法人代表：　理事長　古謝　由美

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．高次脳機能障害者・児における地域生活支援事業の移動支援条件の見直しについて

高次脳機能障害者・児の復職/就業促進及び復学/就学促進のために、高次脳機能障害と診断された者の地域生活支援事業における移動支援をサービス提供として認めるべきである。

２．就労移行および就労継続支援における復職支援加算の新設について

高次脳機能障害者の復職希望が多いため、就労移行及び就労継続サービス報酬に復職支援サービスも含めるべきである。

３．高次脳機能障害者・児に対する社会的行動障害加算の新設について

高次脳機能障害者・児の社会的行動障害は社会復帰の大きな阻害要因となっており、その対応には報酬加算をすべきである。

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．利用者に関する多機関参加の支援会議開催に対する報酬の新設について

高次脳機能者・児の個別で適切なサービスを継続的に提供するために利用者サービスに関連する多機関参加の支援会議開催は必須であるため、その開催に対する報酬を新設するべきである。

２．他機関に提供する利用者情報提供文書作成に対する加算について

多機関参加の支援会議に参加できなかった機関等には別途情報提供文書を作成し、郵送しているため、文書作成の報酬加算が必要である。

３．地域からの相談に対応するための就労支援事業所及び地域生活支援事業所への公認心理師必置について

後天的な障害である高次脳機能障害者・児本人及びその家族にとって、発症/受傷後の心理支援が重要な支援となることから、公認心理師の必置が必要である。

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

１．常勤職員・専門職職員を継続して雇用できる（安心して就業できる）適正な報酬単価の見直し

高次脳機能障害者・児に対する持続可能なサービス体制の確保及び適正な環境調整のための大きな課題として、適正な報酬単価の見直しが必要である。

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）

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．高次脳機能障害者・児における地域生活支援事業の移動支援条件の見直しについて

高次脳機能障害者・児には注意障害・記憶障害・地誌的障害・半側空間無視等を後遺障害として有しているものが多い。この後遺障害の改善は医学的にも困難と判断されている。そして、この後遺障害が主な要因となり、高次脳機能障害者・児には自宅から職場/学校への独力での通勤・通学に課題を有している方が多く認められる。その結果、身体機能及び精神機能的に可能なレベルであっても、復職/復学あるいは就労/就学が困難になっている現状がある。移動支援を利用し通所・通学訓練を行う等で通所・通学が可能になるケースもある。期間を限るなど段階的に認めてほしい。 地域生活支援事業の移動支援は障害者総合支援法第７７条第１項第８号にて規定されており、実施主体である市町村がサービス提供の可否を判断している。しかしながら、通勤/通学を目的としたサービス提供が対象外とされているのが実態であり、高次脳機能障害者・児の復職/復学あるいは就労/就学の促進を阻害している。

２．就労移行および就労継続支援における復職支援加算の新設について

障害者総合支援法による就労関係のサービスは就労移行、就労継続（A型/B型）となっています。このサービスに対する報酬は、一般就労に結び付いた結果として基本報酬に加算されます。しかしながら、高次脳機能障害は後天的な障害ですので、就労/就学している年齢層へのサービスとなり、復職/復学支援となります。昨年度のサービス利用者年齢層別人数と新規就労者と復職者の割合は資料の通りです。新規就労者へのサービスには報酬が加算されますが、復職者へのサービスには報酬がありません。復職サービスは職場ごとに求められる内容が異なり、またジョブコーチ役割も求められていることから、全くの個別対応となって、新規就労者サービスと同等かそれ以上の時間と人員が求められています。今後も高次脳機能障害者への復職対応は増加することが考えられる事から、早急な対応が必要になると考えられる。

３．高次脳機能障害者・児に対する社会的行動障害加算の新設について

社会的行動障害は“意欲・発動性の低下、情動コントロールの障害、対人関係の障害、依存的行動、固執”（高次脳機能障害者支援の手引き改訂第2版、2008.11.）からなり、高次脳機能障害診断の主要要件となっている。この障害は社会生活や日常生活で他者との円滑な関係形成を阻害し、特に情動コントロールの障害は暴力行為につながる危険がある。しかも、社会的行動障害に起因する暴力行為発現は予測不能であり、対応策も現時点で確立されていない。このため、高次脳機能障害者・児の対応に慣れた施設・事業所が受け入れることが多く、職員が1対1で常時付き添いや見守りしているのが実情である。社会的行動障害と同様な問題である強度行動障害には、児童福祉法で強度行動障害加算が算定されており、高次脳機能障害者・児の社会的行動障害へも同様な加算対応が必要である。

【意見・提案の内容】

1. 高次脳機能障害者・児の復職/就業促進及び復学/就学促進のために、高次脳機能障害と診断された者の地域生活支援事業における移動支援をサービス提供として認めるべきである。
2. 高次脳機能障害者の復職希望が多いため、就労移行及び就労継続サービス報酬に復職支援サービスも含めるべきである。
3. 高次脳機能障害者・児の社会的行動障害は社会復帰の大きな阻害要因となっており、その対応には報酬加算をすべきである。

（参考資料）

（1）高次脳機能障害者における地域生活支援事業の移動支援について（5事業所回答/6事業所）

		一般就労	福祉就労
市町村の移動支援	あり	0	0
	なし	0	31
家族送迎		0	9（2）
事業所送迎		0	15（0）

（　）は、移動支援を希望したが、市町村に認められなかった人数

（2）就労移行および就労継続支援における新規就労及び復職の内訳について（4事業所回答/6事業所）

全就労支援者数	内　新規就労者	内　復職者	未就労者
74	16	13	45

（3）社会的行動障害のある高次脳機能障害者の割合（2事業所回答/6事業所）

全利用者数	内　社会的行動障害あり	割合
65	41	63.1%

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）

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．利用者に関する多機関参加の支援会議開催に対する報酬の新設について

高次脳機能障害者・児へのサービスは個別対応が必要になるため、医療機関と事業所・事業所間・事業所と福祉施設などの多機関が参加する支援会議を開催する必要がある。これは適切なサービスを継続的に利用者へ提供することを目的とした情報共有の場を必要としているからである。利用者ごと、または機関/施設ごとに支援会議の開催が必要であり、人的・時間的・経費的に大きな負担となっているにもかかわらず、報酬に反映されていない。適切なサービスを継続的に提供するのに必要な会議であるため、この支援会議開催に対する報酬の新設が必要である。

２．他機関に提供する利用者情報提供文書作成に対する加算について

日程が合わなかったり、遠距離等の理由で支援会議に参加できない機関・事業者・施設等には、利用者情報共有のための文書（支援会議録も含む）を作成して、別途郵送している。一人の利用者に対し、複数の機関・事業者・施設が情報提供対象となるため、年間の経費負担も大きい。支援会議開催報酬とは別に利用者情報提供文書作成の加算が必要である。

３．地域からの相談に対応するための就労支援事業所及び地域生活支援事業所への公認心理師必置について

日本脳外傷友の会所属の各事業所は、地域の高次脳機能障害者・児及びその家族からの各種相談に対応している。相談は復職/就業、復学/就学等社会生活に関する内容、高次脳機能障害特有の障害や支援サービスの情報収集、本人及び家族の感情・心理・精神への支援策など多岐に亘る内容である。このうち、後天的な障害を有したことに対する心理相談は、時々刻々の状況に影響されて変化することから、特に重要な支援となっている。この心理支援に対応する専門職として心理支援を業とする公認心理師が適切と考えられる。このため、高次脳機能障害者・児の支援サービス機関・事業者等には公認心理師を必置の職種とすることが必要である。

【意見・提案の内容】

1. 高次脳機能者・児の個別で適切なサービスを継続的に提供するために利用者サービスに関連する多機関参加の支援会議開催は必須であるため、その開催に対する報酬を新設するべきである。
2. 多機関参加の支援会議に参加できなかった機関等には別途情報提供文書を作成し、郵送しているため、文書作成の報酬加算が必要である。
3. 後天的な障害である高次脳機能障害者・児本人及びその家族にとって、発症/受傷後の心理支援が重要な支援となることから、公認心理師の必置が必要である。

（参考資料）

（1）利用者に関する多機関参加の支援会議開催回数及び情報提供回数（2事業所回答/4事業所）

	回　数	参加者（提供先）の内訳
支援会議開催回数	161	医療機関 介護福祉サービス事業者 障害福祉サービス事業者 指定特定相談事業者 その他（学校）
利用者情報提供回数（文書作成）	281	医療機関 介護福祉サービス事業者 障害福祉サービス事業者 指定特定相談事業者

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

１．常勤職員・専門職職員を継続して雇用できる（安心して就業できる）適正な報酬単価の見直し

利用者に対する適切なサービス提供には、職員・専門職が継続的・安定的に就労できる報酬単価が必要である。本来、地域生活支援事業の実施主体は市町村であり、行政が直営で運営すべき福祉事業を民間が代わって実施しているのであるから、行政職員と等しい生活を保証すべきと考えられる。現状は、少ない常勤と多くの非常勤でやりくりしており、職員の入れ替わりが多い。利用者へのサービスの質を保証するためには、安定した職員体制の維持と職員−利用者の良好な関係形成が求められている。

また、高次脳機能障害者・児にとって適切な環境調整と空間的配慮が必要です。高次脳機能障害者・児の中には、視覚刺激や聴覚刺激、嗅覚等の感覚に過敏性が生じやすかったり、特定の利用者に対し攻撃的な感情を抱いて、その修正が困難なことも少なくない。このような時には物理的に距離を取るための別室やスペース、パーテションで区切るといった環境調整が必要となる。当然そのための職員の配置も必要である。しかしながら、現状の報酬単価ではそれに十分対応できていない。

高次脳機能障害者の支援に当たっている職員への専門性を考慮して働き甲斐のある報酬を提供し、当事者が就労・就学にしっかりと定着する事で、社会に還元する事に繋がる。又重度の認知行動障害がある場合でも専門性を持った支援により、ひいては自立度を高めていく事が出来るので、福祉サービスに係る予算をしっかりと確保する事が、持続可能な制度に繋がると確信する。

【意見・提案の内容】

１．高次脳機能障害者・児に対する持続可能なサービス体制の確保及び適正な環境調整のための大きな課題として、適正な報酬単価の見直しが必要である。

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料４

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に向けた意見等

きょうされん

理事長　西村　直

平成29年7月13日 第4回検討チーム　ヒアリング

きょうされんの概要

1.設立年月日　1977年（昭和52年）8月6日

2.活動目的及び主な活動内容

きょうされんは、重い障害のある人たちの地域での働く機会や活動の場に関する法律・制度の不備のもとで、無認可法外の共同作業所づくり運動をひろげるとともに、法律・制度の拡充を推進することを目的に、1977年に結成しました。

結成当初は、わずか16カ所の共同作業所でスタートしましたが、現在は、働くことや活動支援の事業をはじめ、グループホームや相談支援事業など、障害のある人が地域で生きていく上で必要となる事業にひろがり、1,863カ所の会員（加盟事業所）によって構成されています。

当会は結成以来約40年間、「わたしたちのめざすもの」を軸に、一貫して小規模作業所問題の解決と法律・制度の拡充を求める運動を、関係障害団体と共同しながらとりくんできました。また、障害者自立支援法の制定を発端に、多くの障害団体とともに、応益負担の撤廃と同法の出直しを求め、障害者権利条約にもとづく法律・制度の拡充を求める運動にとりくんできました。

また、障害のある本人を主体とした活動を重視するとともに、障害のある人と家族の地域での生活を支える実践と運営、制度のあり方、地域の社会資源との共同と連携のあり方などの研究・調査、研修・交流などにもとりくんできました。

2014年度（平成26年）からは、「あたりまえに働き えらべるくらしを～障害者権利条約を地域のすみずみに～」を新たなスローガンとして掲げました。障害者権利条約にもとづいた法整備がなされ、障害のある人たちへの理解が社会にひろく浸透し根付くことで、障害のある人たちが安心して地域生活を送ることができることをめざした活動・運動にとりくんでいます。

3.会員数：1,863会員　2017年（平成29年）5月時点

4.機関紙　月刊きょうされんTOMO　毎月4万部発行

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.報酬改定にあたっての基本的な視点と課題－基本報酬の引き上げと日額払いの見直しを

（1）政府予算の増勢を強調する前に、障害のある人の生活実態と国際的水準を直視すべきである
障害者施策の予算を評価・議論するうえでは、障害のある人に対する所得保障とそれにもとづく生活実態を直視するとともに、国際的な水準を前提とすべきです。

（2）必要十分な支援の量や質を確保するためには、基本報酬の水準の引き上げと正規職員の配置増が肝心
とくに、深刻な人材不足問題の実態と要因について、政府の責任で早急に実態調査を実施すべきです。

（3）福島県南相馬地域の避難指示解除地域における障害福祉については、「特別な対応」が求められる
「原発事故」という問題が大きな要因となっているため、政府による「特別な対応」が求められます。

2.報酬改定にあたっての重点課題－新たな負担を課すことなく、「他の者との平等」を基本に

（1）食事提供体制加算の当面の継続と基本報酬での位置付けの明確化を
利用者に新たな負担を転嫁しかねないとともに、グループホーム等に暮らす人にとっては大きな負担増になります。

（2）日中活動支援についての重点課題
①「骨格提言」にもとづいて、常勤換算方式を廃止し、日額払いを見直すとともに基本報酬基準を引き上げてください。
②地域活動支援センターは自立支援給付事業に位置付けるべきです。
③就労系事業における定率負担は、廃止してください。

（3）グループホームについての重点課題
①「骨格提言」にもとづいて、常勤換算方式を廃止し、日額払いを見直すとともに基本報酬基準を引き上げてください。
②土・日曜日、祝祭日の日中支援を新たに報酬基準に加えてください。
③介護サービス包括型における外部ホームヘルパー利用を恒久化してください。
④本人の選択によって利用できるよう、支援区分による線引き（軽度者の報酬単価の引き下げ）はやめてください。
⑤重度障害者支援加算の対象者を拡大してください。
⑥重度重複障害の人、強度行動障害の人などを対象としたグループホームに対応する制度を充実してください。

（4）居宅支援、共生型サービスについての重点課題
①家事援助の報酬基準全体を引き上げ、特に軽度者の家事援助の報酬基準の引き下げはやめてください。
②共生型サービスについては、「障害福祉を介護保険に統合するものではない」とした厚労大臣答弁を守るとともに、「生産性の向上と効率性」から専門性を軽視した基準としないでください。

3.利用者負担問題について－「基本合意文書」の遵守と徹底を

（1）障害者自立支援法違憲訴訟「基本合意文書」の遵守と課税世帯への対象拡大
「応益負担の廃止」を遵守するとともに、配偶者の収入認定を廃止すべきです。

（2）介護保険優先原則を見直し選択制とするとともに、定率負担の軽減対象をすべての障害のある人に
介護保険優先原則を見直し障害福祉を選択できる制度にあらためるとともに、介護保険移行後の定率負担の軽減策の制度化にあたっては、すべての障害のある人を対象とすべきです。

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.報酬改定にあたっての基本的な視点と課題

（1）政府予算の増勢を強調する前に、障害のある人の生活実態と国際的水準を直視すべきである

確かに、障害福祉支援・サービスの量は増勢してきましたが、障害年金等の所得保障やそれにもとづく障害のある人の生活水準はきわめて厳しい現状のままです（参考資料１）。

また、OECDのSocial Expenditure Database（2015年8月時点）で、各国の社会支出の対GDP比における障害者施策支出では、日本1.04%、ドイツ3.41%、スウェーデン4.67%であり、依然として日本は低い水準にとどまっています。この日本の障害者施策の国際的水準の低さについて、塩崎厚生労働大臣は、2016年（平成28年）5月11日の衆議院・厚生労働委員会において、以下のように認めています。塩崎大臣は「これまでの日本の障害者の施策は、世界的に見れば、とくにOECDの中で見ても、平成12年（2000年）のときに34ヵ国中31位、今一番近い統計で平成23年（2011年）、ですから今から5年前、このときでもまだ34ヵ国中28位、こういう状況でありますから、これからさらにしっかりとした対応をしていかなければいけないんじゃないか」「日本が今申し上げたようにOECD諸国の平均より低いという指摘は、もうそのとおり認めないといけないんだろうというふうに思っています」と答弁しています。

障害者施策の予算を評価・議論するうえでは、こうした実態や国際的水準についての認識を前提とすべきです。

（2）必要十分な支援の量や質を確保するためには、基本報酬の水準の引き上げと正規職員の配置増が肝心

障害のある人とその家族にとって、必要十分な支援の量と質を確保するためには、成果主義やオプション的な加算制度ではなく、基本報酬の水準を根本的に引き上げることが必要です。とくに基本報酬を抑制し、加算減算による不安定な給付制度であるがゆえに、常勤換算方式による職員配置とされ、支援の現場における非常勤職員・有期契約職員の増加傾向が増長されています。障害と福祉の専門性を研鑽し、経験を蓄積してこそ、支援の質を高めることが可能となる点では、正規職員の配置増を前提とした基本報酬の引き上げが不可欠です。

とくに、深刻な人材不足問題の実態と要因について、政府の責任で早急に実態調査を実施すべきです。

（3）福島県南相馬地域の避難指示解除地域における障害福祉については、「特別な対応」が求められる

東日本大震災から6年が過ぎましたが、福島県では未だ「原発事故の終息」には至らず、2016年（平成28年)7月には南相馬地域の一部で避難指示が解除されたものの、戻ることのできた住民は、以前の人口の1割程度にとどまっています。そのため、障害のある人や高齢者の支援のニーズに対して、支援者の確保がきわめて困難な現状にあります。2017年（平成29年）2月、南相馬地域の障害者支援事業所の94人の職員を対象に、きょうされんが独自に行なった調査では、60歳以上が40%を占め、非常勤が38%を占めていました。年収では200万円未満が31%を占め、300万円未満では77%に至っていました（参考資料２）。

こうした現状は、一般的な人材不足解消策や、加算減算を基本とした報酬制度では対応不可能な問題、すなわち「原発事故」という問題が大きな要因となっているため、政府による「特別な対応」が求められます。

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）

2.報酬改定にあたっての重点的な課題

（1）食事提供体制加算の当面の継続と基本報酬での位置付けの明確化を

食事提供体制加算の廃止は、利用者に新たな負担を転嫁しかねないとともに、グループホーム等に暮らす障害のある人たちにとっては、きわめて大きな負担増となってしまいます。しかも、障害年金等の所得保障が目減りしているなかでの負担増は、深刻な事態を招きます。そのため、当面の継続を強く求めます。

また、食事提供体制加算については、「体制加算」という補完的な位置付けに根本問題があります。そもそも、「体制加算」の原型は、医師事務作業補助体制加算、後発医薬品調剤体制加算、サービス提供体制強化加算、中重度者ケア体制加算などのように、医療・介護保険における補完的な制度が原型となっています。食事提供体制加算は、「体制加算」ではなく、給食保障の視点から基本報酬に位置付けるべきです。

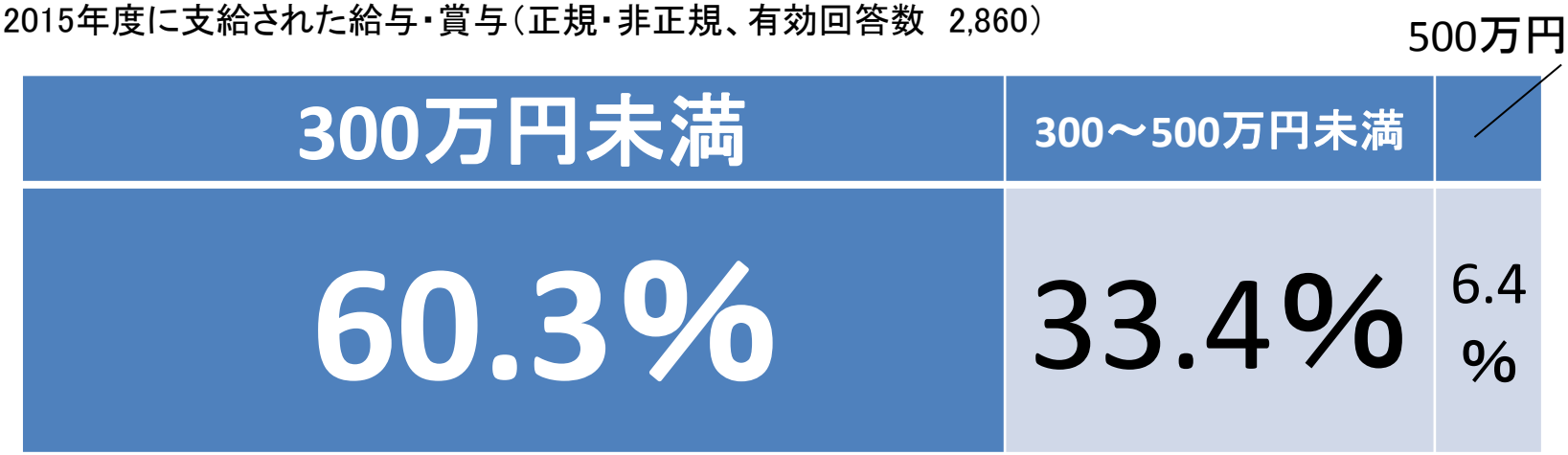
（2）日中活動支援についての重点課題

①常勤換算方式を廃止し、「骨格提言」にもとづいて、日額払いを見直すとともに基本報酬基準の引き上げを

きょうされんでは、障害者支援事業所で働く職員の「労働実態調査」を実施しました（参考資料3）。3,637人から回答を得た結果、正規雇用が55.5%、非正規雇用が44.5%で、2015年度の給与・賞与では200万～300万円がもっとも多くを占めていました。また「働きがいがある」「どちらかといえばある」が93.7%を占めているにもかかわらず、「5年後も現在の仕事を続けたいか」との問いには、「続けられない」「どちらともいえない」が49.5%と半数を占めました。

こうした現状は、常勤換算方式を前提とした職員配置の基準と、それに伴う日額払い方式が原因にあります。福祉・介護の人材確保の困難が大きな問題となっている昨今、「働きがいがあり、生涯働き続けたい仕事」にするためにも、「骨格提言」にあるように、常勤換算方式を廃止し、利用者支援を日額払いに、事業運営費を月額払いとしてください。

図　2015年度に支給された給与・賞与（正規・非正規、有効回答数　2,860）



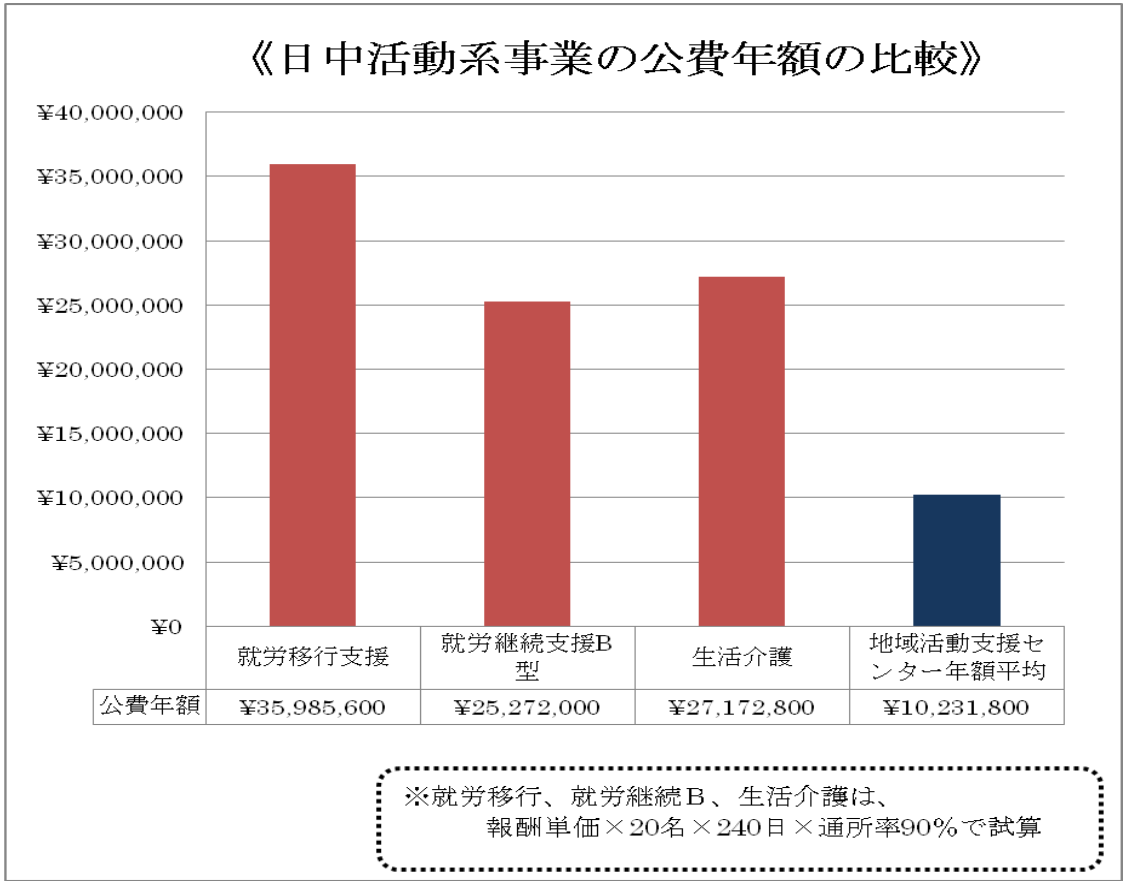
平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等（詳細版）

②地域活動支援センターは自立支援給付事業に

きょうされんは、障害者自立支援法施行から一貫して、地域活動支援センターの自立支援給付事業への移行を求めてきました。地域生活支援事業に位置付けられたことによって、法定事業でありながら、多くの地域活動支援センターの運営実態は、それ以前の無認可小規模作業所の水準を強いられていました。

2013年にきょうされんが実施した「地域活動支援センターについての実態調査」では、グラフにあるように、自立支援給付事業と比較して、地域活動支援センターに対する公費水準は、きわめて低く、そうした脆弱な運営水準は、利用する障害のある人たちと働く職員たちに大きな負担となっています。

※　3,224ヵ所の地域活動支援センターのうち、1,842ヵ所から回答があり、そのうちⅡ型・Ⅲ型単独運営の地域活動支援センターの1,421カ所を解析対象とした。



③就労系事業における定率負担の廃止を

就労系事業における定率負担は、ただちに廃止すべきです。

ILOは、憲章第24条にもとづき提出した日本の職業リハビリテーション及び雇用（障害者）に関する条約（第159号、1983年）の違反に関する申し立て書に対して、2009年3月26日の第304回ILO理事会により採択された報告書において、「就労継続支援事業B型の利用者に対して職業リハビリテーションなどのサービス利用料支払い義務が導入されたことについて、繰り返し懸念を表明する」と主張しています。

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）

(3)グループホームについての重点課題

①「骨格提言」にもとづいて、常勤換算方式を廃止し、日額払いを見直すとともに基本報酬基準の引き上げを

グループホームは、障害のある人の地域生活を支える重要な資源となっており、それに必要な専門的な支援を提供しています。しかし、そこで働く職員の給与水準は、他の障害福祉事業所分野の職員に比べて依然低い現状にあります。厚労省調査の「平成28年度介護従事者処遇状況等調査結果」においても、全体平均と月収2.6万円の差があり、前年から0.59万円の差がひろがっています。

②土・日曜日、祝祭日の日中支援に新たな報酬を

現在の基本報酬では、グループホームでの夕方から朝までの暮らしを支えることを念頭においた報酬の仕組みです（夜間の支援は軽視されていますが）。日中活動や就労の休暇日である、土・日曜日、祝祭日の日中支援は、暮らしにおける休暇・余暇保障という独自の支援体制が求められるため、それを含めた報酬体系に見直すべきです。

③介護サービス包括型における外部ホームヘルパー利用の恒久化を

外部のホームヘルパーを利用する仕組みは、障害の重い人などの暮らしを支える現実的な資源・支援であり、「自分らしい暮らし」を保障するうえで大切な支援です。2017年度末（平成29年度末)までの経過措置を恒久化すべきです。

④グループホームの利用者像をめぐって

軽度の障害のある人のグループホーム利用も、「本人自らの暮らしの選択」として保障すべきです。

グループホームにおける暮らしは、複数の障害のある人たちが共同で暮らすことにより、障害のある人たちにとって、必要な日常生活の支援や社会生活でのさまざまな困難の軽減、気持ちの安定のための支援などができます。それは、とくに障害の軽いといわれている人たちも、一人暮らしでない暮らし方を望んだり、さまざまな生活・健康支援などを必要としている人たちも多くいます。そうした点から、グループホームの利用者像として、障害の軽い人も希望があれば、当然対象となるべきです。さらにその支援は、多岐にわたり、重い障害のある人よりも社会生活の活動範囲がひろく、さまざまな情報が入るため、重い人と異なる専門的支援が求められるため、それを踏まえた報酬体系とすべきです。

⑤重度障害者支援加算の対象者の拡大を

介護包括型では、区分3、4以上の人を対象に、外部サービス利用型や外部ヘルパー利用の場合も対象にひろげるべきです。障害の重い人たちへの支援は、手厚い人の支援が求められ、日常・地域生活上の介護、行動支援、恒常的な生活支援、さまざまな生活困難の回避など多岐にわたり、そのための専門性も必要とされます。そうした支援を必要としている人は、障害支援区分6の人に限らず、認定では区分3、4などの人においても、同様の支援が必要となる人もいます。さらに外部サービス利用型や外部ヘルパー利用の入居者も同様の支援が必要な人を対象とすべきです。

⑥重度重複障害のある人を対象としたグループホームへの支援充実を

医療的ケアの必要な人や行動障害の重い人、精神的に不安定な人などを対象として、重厚な人的体制、手厚い夜間支援体制や訪問看護との連携などを含む医療的ケアの充実した制度が望まれます。

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）

（4）居宅支援、共生型サービスについての重点課題

①家事援助の報酬基準の引き上げ、とくに軽度者の家事援助の報酬基準を引き下げない

障害の軽い人も地域生活を送るためには、日常生活における具体的援助が必要です。その場合の家事援助の目的は、「他の者との平等を基本」とした暮らしを保障する観点が大切です。

具体的には、家事そのものの提供や家事体験の援助、生活の細かい困り事の相談、生活の見守り、生活の中での対話を通じての暮らしの安定、生活の組み立てや見通しへの援助、時には精神的不安定なことへの支えなど、地域で暮らしで出くわすさまざまな困難・問題への対応なども入ります。一人暮らしや困難を抱える家族、夫婦などのさまざまな生活の形で地域生活を支えていくには、家事援助はきわめて大きな役割を果たしています。

こうした重要さを踏まえると、現行の報酬基準の引き上げは絶対不可欠であり、軽度者の家事援助の報酬基準を引き下げるなどは、あってはならないことです。

②共生型サービスは、塩崎大臣答弁の「介護保険との統合ではない」を守るとともに、低位な報酬基準にしない

先の国会において可決成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、新たに共生型サービスが制度化されました。国会審議の際、塩崎厚生労働大臣は「共生型サービスの創設は、障害福祉サービスを介護保険制度に統合しようとするものではございません」と、幾度も答弁しました。

共生型サービスの基準等を定めるにあたっては、大臣答弁を守るとともに、決して「生産性の向上と効率化」の名のもとで、支援内容とその水準を引き下げ、専門性を軽視するような報酬基準は、絶対にあってはなりません。

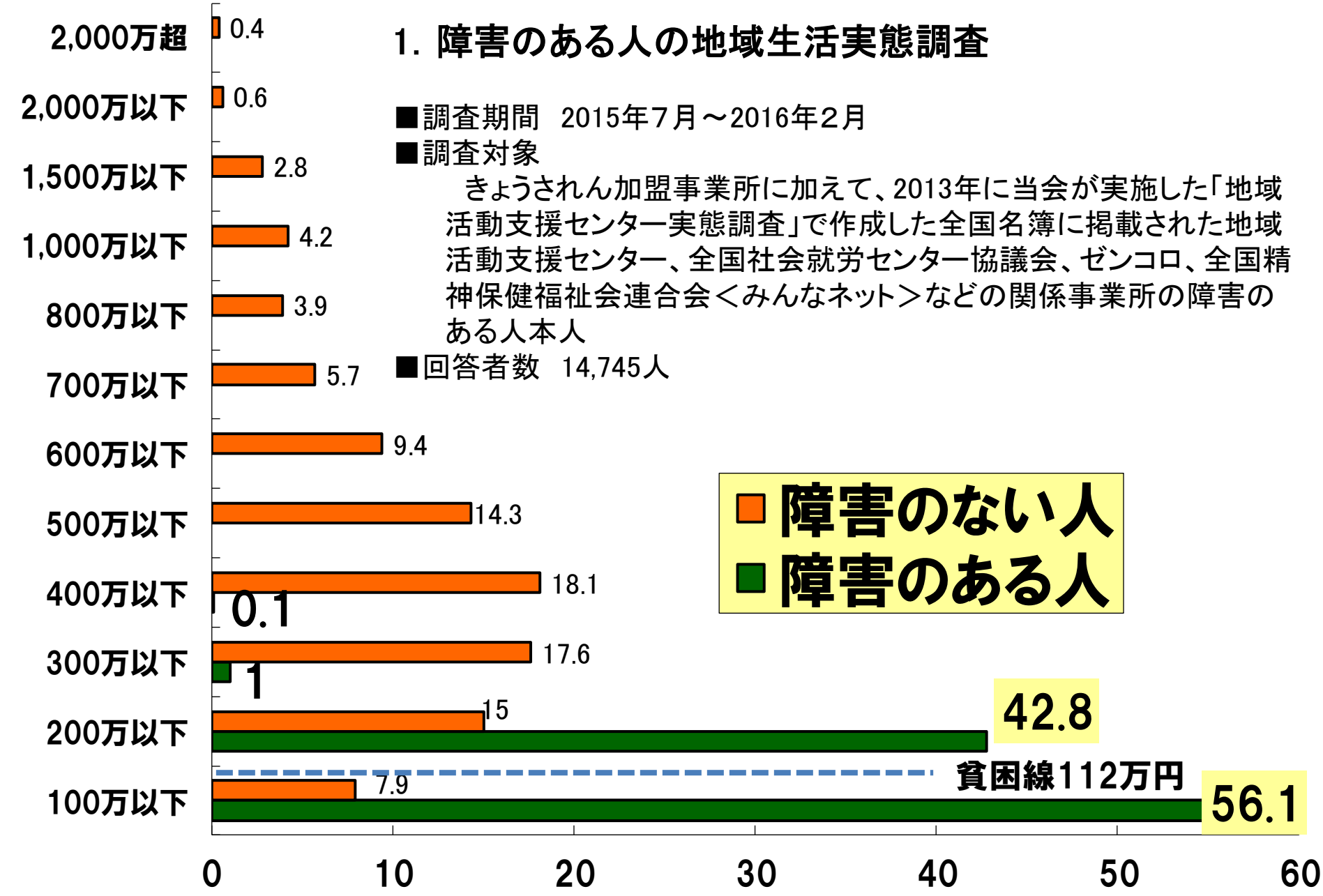
3.利用者負担問題について

（1）障害者自立支援法違憲訴訟「基本合意文書」の遵守と課税世帯への対象拡大

2010年（平成22年）1月に、障害者自立支援法違憲訴訟の和解のために国（厚生労働省）と訴訟団の交わした「基本合意文書」にもとづいて、同年4月より、家族同居の障害のある人も本人収入を認定し非課税世帯として「負担上限0円」が実現しました。しかし未だに、給付費請求においては「1割相当額」の算定は行なわれ、配偶者の収入を有する障害のある人は、課税世帯として「上限0円」の対象になっていません。引き続き、「基本合意文書」の「応益負担の廃止」を遵守するとともに、配偶者収入の認定を廃止すべきです。

（2）介護保険優先原則を見直し選択できる制度にするとともに、定率負担の軽減対象をすべての障害のある人に

介護保険優先原則を見直し選択できる制度にするとともに、65歳を迎えた障害のある人たちが介護保険サービスに移行することによって「基本合意文書」が適用されない現状にあります。それに対して厚生労働省は、障害者総合支援法の見直しで、障害福祉から介護保険に移行した際に生じる定率負担を障害福祉財源から償還することとしました。しかしその軽減対象は、「5年間継続して、相当する障害福祉サービスを利用した人」を対象に限定しています。そうした軽減策は新たな格差をつくりだしてしまうため、すべての障害のある人を軽減対象とすべきです。


1. 障害のある人の地域生活実態調査
■調査期間　2015年7月～2016年2月
■調査対象
きょうされん加盟事業所に加えて、2013年に当会が実施した「地域活動支援センター実態調査」で作成した全国名簿に掲載された地域活動支援センター、全国社会就労センター協議会、ゼンコロ、全国精神保健福祉会連合会＜みんなネット＞などの関係事業所の障害のある人本人
■回答者数　14,745人
障害のない人
障害のある人
2,000万超
2,000万以下
1,500万以下
1,000万以下
800万以下
700万以下
600万以下
500万以下
400万以下
300万以下
200万以下
100万以下
0.4
0.6
2.8
4.2
3.9
5.7
9.4
14.3
18.1
0.1
17.6
1
15
42.8
貧困線112万円
7.9
56.1
0
10
20
30
40
50
60

2. 南相馬市障害福祉サービス職員実態調査について

■調査主体: きょうされん
■調査目的: 震災後から献身的に障害のある人の暮らしや仕事を支えてきた障害福祉サービス職員の労働環境の実態を把握し、問題点を整理し、今後も長く福祉サービスを支えていくための従事者の身分保障の改善の方向を考える。
■対象者 : NPOほっと悠(南相馬市原町区)・NPO希望の家あさがお(南相馬市鹿島区)・NPOひばり(南相馬市原町区)・NPOサポートセンターぴあ(南相馬市原町区)の職員94人
■調査方法: 各事業所に一括してアンケートに答えてもらい、回収。
■調査時期: 2017年1月～2月

●南相馬調査　表1. 職員の年齢と正規・非正規、性別

	正規職員			非正規職員			総　計		
	合 計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
20代	5	1	4				5	1	4
30代	8	1	7	2		2	10	1	9
40代	17	6	11	11	2	9	28	8	20
50代	10	2	8	3	1	2	13	3	10
60代	13	1	12	15	5	10	28	6	22
70代	5	1	4	4	1	3	9	2	7
80代				1	1		1	1	
合　計	58	12	46	36	10	26	94	22	72

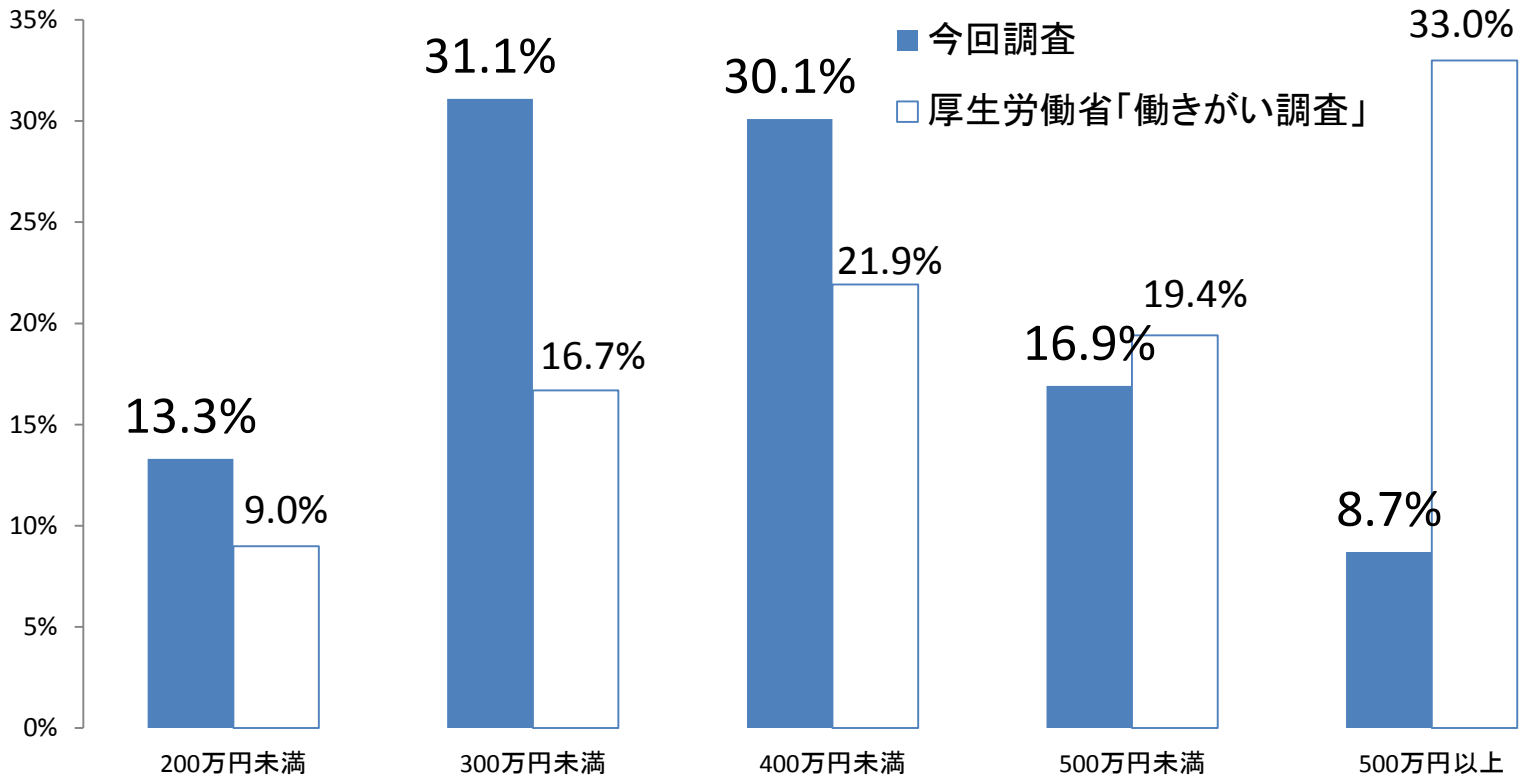
●南相馬調査　表2. 職員の収入　（人／%）

	正規	非正規	合 計	正規	非正規	合 計
100万円未満		6	6		18.2%	6.7%
200万円未満	5	18	23	8.9%	54.5%	25.8%
300万円未満	34	9	43	60.7%	27.3%	48.3%
400万円未満	14		14	25.0%		15.7%
400万円以上	3		3	5.4%		3.4%
	56	33	89	100.0%	100.0%	100.0%

3. 障害者支援事業所職員労働実態調査について

■調査主体: きょうされん
■調査目的: 障害者支援事業所職員の賃金水準や労働条件などの実態を明らかにし、また「働きがい」などの満足度や意識の現状を把握し、その改善課題を明らかにするため。
■対象者 : 障害者支援事業所で働く職員
■調査方法: きょうされん加盟の事業所を中心に、FAXまたは郵送によって直接回収した。
また、NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会にも調査を依頼、協力を得て回収した。
■調査時期: 2016年12月～2017年4月

●本調査と厚生労働省の「働きやすい・働きがいのある職場づくりに関する調査(2014)」の給与・賞与の比較
(今回調査を正規職員または1週間で30時間以上働く非正規職員、かつ60歳未満の職員に絞り込んでいる)。



●現在の職場に「働きがい」があるか（有効回答数：3,514人）

ある どちらかというとある	ない どちらかというとない
93.7%	6.3%

●5年後も現在の仕事を続けたいか（有効回答数：3,492人）

続けたい	続けられない どちらともいえない
50.5%	49.5%

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料５

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

一般社団法人日本発達障害ネットワーク
理事長　市川宏伸

一般社団法人日本発達障害ネットワーク（JDDnet）の概要

1．設立年月日：平成17年12月3日（一般社団法人設立：平成22年12月24日）

2．活動目的及び主な活動内容：

本発達障害ネットワーク(JDDnet)は、発達障害関係の全国および地方の障害者団体や親の会、学会・研究会、職能団体などを含めた幅広いネットワークです。我が国における発達障害を代表する全国組織として、従来制度の谷間に置かれ支援の対象となっていなかった、あるいは適切な支援を受けられなかった、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害等の発達障害のある人およびそのご家族の権利と利益の擁護者として、理解啓発・調査研究・政策提言等を行い、発達障害のある人の自立と社会参加の推進に向けて活動を行っています。

【主な活動内容】
- 発達障害啓発週間イベントなど、発達障害の普及啓発活動
- 人材育成研修会、都道府県ネットワークセミナー、年次大会等、発達障害に関わる研修会の開催
- 各省庁への政策要望の提出、委員会審議会等への参画
- 各党障害者関連委員会、議員連盟等への参画
- 発達障害の支援を考える議員連盟との連携

3．加盟団体数：正会員19団体、エリア会員40団体、都道府県ネットワーク9団体（平成29年5月時点）

4．会員数：149,815名（平成29年5月時点　※正会員団体のみ）

5．法人代表：　理事長　市川宏伸

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. 児童発達支援センター及び放課後等デイサービスにおけるサービス評価の公表
2. 児童発達支援センターにおける専門性の確保
3. 放課後等デイサービスの強度行動障害児の受け入れ等の評価
4. 発達障害者支援法の改正に伴う改善
5. 専門職の処遇の改善

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入れ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. 発達障害者支援センターによる支援体制の構築
2. 障害児・者の地域生活の支援

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. 高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用
2. 児童発達支援センター及び放課後等デイサービスの移行支援の促進
3. サービスの適正な実施

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.　児童発達支援センター及び放課後等デイサービスにおけるサービス評価の公表

児童発達支援センター及び放課後等デイサービスは、ともにガイドラインに基づくサービスの評価を実施し、公表していく。障害児入所支援については、利用者の実態からサービスの第三者評価を実施し、報酬上も評価する。

2.　児童発達支援センターにおける専門性の確保

児童発達支援センターにおける作業療法士、言語聴覚士及び心理職等について、専門性の確保の観点から特別支援加算等報酬上の評価を見直す。

3.　放課後等デイサービスの強度行動障害児の受け入れ等の評価

① 重症心身障害児のみならず強度行動障害児が受け入れられるよう算定を見直す。

② 福祉分野と教育分野の専門家が行う支援会議及び個別の支援計画と個別の教育支援計画・指導計画の協働的作成を評価するとともに、未実施においては減算とする。

③ サービスの利用に当たっては、相談支援専門員による障害児支援利用計画の作成を必須の条件とすること。

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

4.　発達障害者支援法の改正に伴う改善

① 発達障害の疑いのある児童の保護者への継続的な相談、情報提供及び助言などについては、保護者への気づきの支援を含め高度な専門的な支援であり報酬上の評価を行う。

② 放課後等デイサービス等における福祉分野と教育分野の専門家が行う支援会議及び個別の支援計画と個別の教育支援計画・指導計画の協働的作成を評価。

③ 個人情報の保護に十分配慮しつつ、支援に資する情報共有の促進のため必要な措置を講じることを評価。

④ 就労定着の支援を規定、事業主は雇用の機会の確保、雇用の安定に努めることを評価。

⑤ 家族その他の関係者に対し、情報提供、家族が互いに支え合うための活動の支援等を評価。

5.　専門職の処遇の改善

障害児・者への支援における、心理職員、作業療法士、言語聴覚士など専門的な支援を適切に評価するとともに、適応される分野の拡大を図ること。

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入れ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.　発達障害者支援センターによる支援体制の構築

① 発達障害者が全国どの地域においてもサービスが受けられるよう、発達障害者支援センターを中心に支援体制を構築していくこと。

② 発達障害者支援センターや児童発達支援センター・児童発達支援事業などによる地域支援体制が、次期障害福祉計画に適切に盛りこめるよう指針等を示すこと。

2.　障害児・者の地域生活の支援

① 障害児・者が、身近な場所において日常生活又は社会生活を営むことができるよう、生活の場としてのグループホーム、居住環境等を充実。

② 発達障害の特性への配慮、特に強度行動障害のある障害者の支援にかかる必要な見直しを実施。

③ 障害児支援においては、支援の質を確保し、保育所等への移行支援、家族等に対する相談援助や関係機関との連携を評価。

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.　高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用

65歳以上の障害者については介護保険サービスを円滑に利用できるようにする。その際、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所になりやすい仕組みづくりや、ケアマネジャーと相談支援専門員とが連携することを報酬で評価できることを検討する。

2.　児童発達支援センター及び放課後等デイサービスの移行支援の促進

児童発達支援センターは保育所や幼稚園へ、放課後等デイサービスは一般の放課後クラブ等への移行を積極的に推進し、特別な理由がないかぎり、そこで長期にわたって利用していく事を抑制していくこと。

3.　サービスの適正な実施

就労継続支援事業及び放課後等デイサービスについては、サービスの適正実施等の観点から見直し、支援の必要な人には報酬が高く設定され、それ以外については低く設定され全体としてのバランスが保たれるよう見直すこと。

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料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

一般社団法人全国重症児デイサービス・ネットワーク
http://www.jyuday.net/
代表理事　　鈴木　由夫
理事　　佐々木　義勝（関東ブロック）

一般社団法人全国重症児デイサービス・ネットワークの概要

1．設立年月日：　平成26年11月4日

2．活動目的及び主な活動内容：

“どんなに重い障害を持っていても、住み慣れた地域であたりまえに暮らせる社会”を目指し、主たる対象を重症心身障害とする「児童発達支援」「放課後等デイサービス」に取り組む、定員5名の小さな事業所が**“つながり合い”“支え合い”“助け合い”**重症児（重症心身障害児と医療的ケア児）が全国どの地域でも、安心して生活できるよう支援することを目的として結成。現在、北海道から沖縄まで175事業所が集い、全国6つのブロック（東日本、関東、中部、関西、中四国、九州沖縄）が、地域の課題は地域単位で解決することを掲げて、自治体との交渉や研修・勉強会など具体的に活動している。

【主な活動内容】

＊新規設立・経営支援（事業所の新規設立、経営、運営に関する支援）
　➡これまで**全国50件以上**の事業所立ち上げを支援

＊情報・交流（事業者間の情報交換や交流など）
　➡**年1回**：全国から当事者と家族・事業者・行政担当者など300名超が集う大会
　　四半期：ブロック毎の経営会議

＊研修・教育（共同研修や勉強会など）
　➡愛知県心身障害者コロニーと連携した「重症心身障害児者関係施設職員研修」
　　摂食嚥下機能の発達を目的とした「食べる力を育てる研修会」
　　29年2月＠東京 シンポジウム～全国各地の実態を重症児を持つ親たちが語る～　**来場者230名超**
　　29年6月＠仙台 シンポジウム～東北にもっと重症児デイサービスを！～　**来場者200名超**　など

＊渉外・広報（国や自治体への政策提言や交渉もしくはパブリシティなど）
　➡「重度の障がいを持った子どもたちの地域生活白書」　**4,000部**
　　第12回「永田町子ども未来会議」　**ポイントと懸念点、提案**

3．加盟事業所数：　175事業所（平成29年6月末）

4．法人代表：　代表理事　鈴木由夫（社会福祉法人ふれ愛名古屋 理事長）

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）

指定通所支援（児童福祉法）関係

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．人材育成の「しくみづくり」の導入について

看護師や機能訓練担当職員などの専門職は、重症児の知識を有している人材が非常に少ない・・・
⇒重症児支援に特化した研修、育成、現場実習などを都道府県または地域ブロック、事業所毎に「評価」と「体制」のシステムを構築する。

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．医療的ケア児を「主たる対象とする障害を重症心身障害とする」要件に加えた見直しについて

医療的ケアを必要とする子どもが増えている中、「障害の区分」の位置付けがない・・・　⇒重症児支援に加えて、医療的ケアが対応できる経験豊富なスタッフによる手厚い支援を行っている重症児デイサービスが、今後も続いていくことは経営的に極めて厳しい。

▼２．「主たる対象とする障害を重症心身障害とする」報酬に対応した欠席時対応加算の見直しについて

重症児は外部の環境へ慣れることに時間がかかり、体調不良による欠席率が非常に高い・・・
⇒定員５名の重症児デイサービスでは、欠席１名につき売上２０％ダウン。リスクが高い。

▼３．介護給付費等に係る支給決定事務の適正な解釈・運用、水準を下回る自治体に対する適切な指導が必要

重症児デイサービスを許認可する自治体によって、各種判断や間違いが多すぎる・・・
⇒重症児施策の専門的相談・情報窓口の整備が必要。

▼４．機能訓練担当職員配置の時間的緩和について

資格保有者は極めて少なく（看護師の１０分の１規模）、重症児デイサービス普及のための最大の壁となっている・・・
⇒望まれる役割は、児童の状況チェック、訓練計画の策定、家族と各訓練の調整、現場スタッフへの指導。

▼５．准看護師を人員基準（看護師）要件に加えた見直しについて

重症児の医療的ケア率が増えている一方、看護師が「充足している」と回答する事業者は４６．２％にとどまる・・・
（（平成２８年）『重度の障がいを持った子どもたちの地域生活白書』）　⇒現場経験が豊富なため、大きな戦力になる。

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

■１．児童分野における「重度別の障害区分」の導入について

低年齢ほど「人工呼吸器」「難病・染色体」など重度化が進む一方、多様化する子どもの症状に対応出来ていない・・・
⇒障害の区分を重度別に基準を設け、それに見合う、人員基準や報酬内容を設定する。

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）

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．人材育成の「しくみづくり」の導入について

重症児理解や経験の少なさが、看護師や機能訓練担当職員など専門職の人材不足に深刻な影響を及ぼしている。

参考資料：
重度の障がいを持った子どもたちの地域生活白書（P.13　H28年発行）

【意見・提案を行う背景、論拠】
- ＊　看護師は、医療的ケア児に対して“経験がない”と固辞
- ＊　機能訓練担当職員は、小児実習・経験者がほとんどいない
- ＊　児童発達支援管理責任者も、重症児支援の経験が非常に少ない
- ＊　重症児診療の経験がない医師（多くは、総合病院等）

【意見・提案の内容】
- ＊　看護師や医師においては、専門教育課程に重症児理解の内容を盛り込む。
- ＊　重症児支援に特化した研修、育成、現場実習などを都道府県または地域ブロック事業所ごとに**「評価」と「体制」のシステム**を構築することが必要。

◎評価（案）

①研修評価
　定期的に行う研修への参加。研修の終わりには、修了証を発行する。

②技能評価
　各専門分野ごとに技術面、知識面のテストを行い、資格を認定する。

◎体制（案）

①研修および技能評価のスタッフの配置率による報酬の加算

②事業所の責任者または経営者に対する経営・運営支援や研修の実施

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．医療的ケア児を「主たる対象とする障害を重症心身障害とする」要件に加えた見直しについて

【意見・提案を行う背景、論拠】

医療的ケアを必要とする子どもが増えている中、重心判定のない医療的ケア児の受け入れの多くは、重症児デイサービスが行っているため「安全・安心」に発達支援を行うことができている。一方、現状のような受け入れは児童発達支援・放課後等デイサービスともに「重症心身障害児を除く障害児」の報酬単価のもとに行われており、嘱託医や看護師、機能訓練担当職員、児童指導員など、経験豊富な医療職や福祉職による手厚い支援を行っている重症児デイサービスが今後も続いていくことは経営的に極めて厳しく、受け皿が増えることは難しい。

【意見・提案の内容】

このため、当該課題に対応するためには、医療的ケア児を「障害の区分」として位置付ける必要がある。具体的には、**「主たる対象とする障害を重症心身障害とする」要件**に、**医療的ケア児を加えた**見直しが必要。

大島分類より

今回見直しが必要と考える、
「主たる対象とする障害を重症心身障害とする」
新しい範囲

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

▼２．「主たる対象とする障害を重症心身障害とする」報酬に対応した欠席時対応加算の見直しについて

【意見・提案を行う背景、論拠】
重症児は外部の環境に慣れることに時間がかかり、体調の変化が著しいため、欠席率が非常に高い。
そのようなリスクに対し、欠席時対応加算は、重症心身障害児を除く放課後等デイサービスと同額であり（＝94単位／回）より多くの人員配置が求められている重症児デイサービスにとってはリスクが高い。

【意見・提案の内容】
「主たる対象とする障害を重症心身障害とする」報酬に対応した欠席時対応加算の見直しをお願いしたい。

全国重症児デイサービス・ネットワーク加盟団体における
欠席率と体調不良の割合（一例）

	欠席率	（うち体調不良）
児童発達支援	27.5%	（3人に1人以上）
放課後等デイサービス	22.4%	（3人に1人以上）

体調不良による欠席が非常に多い

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

▼３．介護給付費等に係る支給決定事務の適正な解釈と運用、水準を下回る自治体に対する適切な指導が必要

【意見・提案を行う背景、論拠】

自治体ごとに異なる判断や誤った情報によって、重症児デイサービス立ち上げを断念するケースが多発している。
またサービスの対象である子どもや家族にもその影響が及んでいる。

＜過去の事例（一部）＞

□事業者に係る事例

＊定員５名の単独事業所は許可できない
＊機能訓練担当職員に、OT（作業療法士）は含まれない
＊定員５名であっても、児童発達支援＋放課後等デイサービスの多機能型事業所には、
それぞれ人員配置しなければならない
＊１ヵ所の狭い事業所内に、児童発達支援＋放課後等デイサービス＋生活介護
各５名（計１５名）の事業所申請を許可
＊生活介護＋児童発達支援（または放課後等デイサービス）の多機能型で定員５名は不可
＊定員５名を、１名でも超えて受け入れた場合は減算（県条例）

□子どもと家族に係る事例

＊予算を理由に、支給量等（日数）が制限される
＊重度の障害を持っていることが明らかであっても、手帳の手続きが遅れているために
適正なサービスを受けることができない

【意見・提案の内容】

介護給付費等に係る支給決定事務の**適正な解釈と運用**を促すとともに、その水準を下回る自治体に対しては、
厚生労働省の通達などで、**適切な指導**を求める。

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）

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

▼4. 機能訓練担当職員配置の時間的緩和について

【意見・提案を行う背景、論拠】

機能訓練担当職員（PT・OT・ST・心理）が絶対的に足りない。

＊　資格保有者は、看護職員の「10分の1」規模

＊　代替処置として、看護師や柔道整復師、鍼灸マッサージ師等を認めている自治体がある

【意見・提案の内容】

現在、重症児デイサービスの開所時間中、常時配置することを求めているが・・・

望ましい役割は、**児童の状況チェック、訓練計画の策定、家族と各訓練の調整、現場スタッフへの指導**。

⇒機能訓練担当職員配置の時間的緩和を行い、求められる役目を全うする。

機能訓練担当職員に関わる有資格者（累計）

理学療法士	160,874 人
作業療法士	89,891 人
言語聴覚士	32,780 人
合計	283,545 人

	免許保有者（推計）
看護職員	2,450,000 人

（正・准、保健師、助産師含む）

いずれも、全国重症児デイサービス・ネットワークによる試算（H29.4現在）

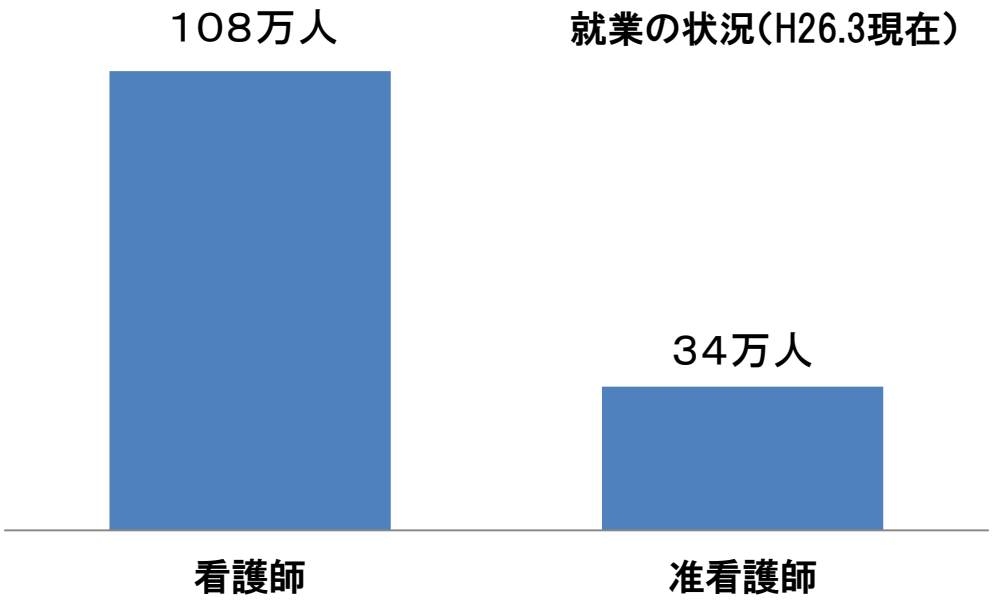
視点－２　地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、
サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

▼５．准看護師を人員基準（看護師）要件に加えた見直しについて

【意見・提案を行う背景、論拠】
重症児の医療的ケア率が増えている一方、看護師が「充足している」と回答する事業者は４６．２％にとどまる。※
障害者総合支援法では「看護職員」を、保健師または看護師もしくは准看護師としている

※重度の障がいを持った子どもたちの地域生活白書(P.13　H28年発行)

【意見・提案の内容】
准看護師を人員基準（看護師）要件に加えた見直しを行い、現場経験が豊富な人材を大きな戦力とする。



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）

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

■1．児童分野における「重度別の障害区分」の導入について

【意見・提案を行う背景、論拠】
重度の障がいを持った子どもは、低年齢層（特に未就学児が著しい）につれて「人工呼吸器」「難病・染色体※」などの重度化が進んでいる。現行の児童福祉法は、多様化していく子どもの症状に十分対応出来ていない。

【意見・提案の内容】
このため、当該課題に対応するためには、児童福祉法における**新しい「障害の区分」**を導入する必要がある。
具体的には、下記のとおり重度化・多様化していく子どもの症状に対応する分類とする。

※実際に重症児デイサービスを利用する子どもの難病・染色体の一例

- パトウ症候群（13トリソミー）
- エドワーズ症候群（18トリソミー）
- Vici症候群
- レット症候群
- ムコリピドーシスⅡ型（I-cell病）
- ミトコンドリア脳筋症

重度化する子どもに対応した新しい3つの分類

	医療的ケア実施あり	医療的ケア実施なし
重心判定あり	**主たる対象とする障害を重症心身障害とする**	**主たる対象とする障害を重症心身障害とする**
重心判定なし	**▼1．で意見陳述した新しい範囲**	重症心身障害児を除く障害児

（参考資料：重度の障がいを持った子どもたちの地域生活白書　P.13）

●1．人材育成の「しくみづくり」の導入について

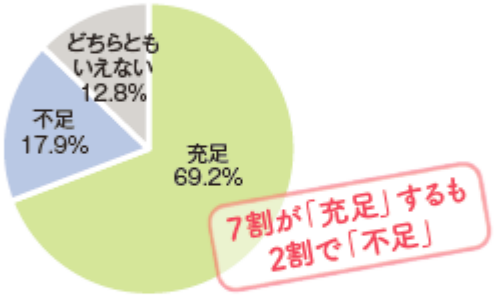
重症児理解や経験の少なさが、看護師や機能訓練担当職員など専門職の人材不足に深刻な影響を及ぼしている。

子どもたちを支えるために多くの専門職を配置

重症児デイサービスには運営基準上、①児童発達支援管理責任者②児童指導員又は保育士③看護師④機能訓練担当職員の常時配置が求められます。また実際は⑤指導員も支援に多く関わるため、多くの専門職が必要であり、事業者は人材確保においては苦労している様子が見られます。

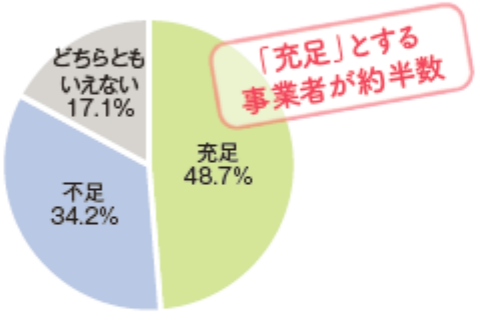
① 児童発達支援管理責任者

デイサービス開所には必須の、事業運営の中核を担う専門職。



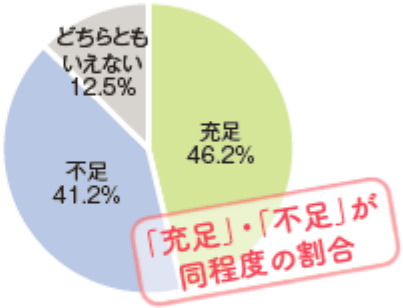
② 児童指導員

児童への支援や介助を中心に担う専門職。



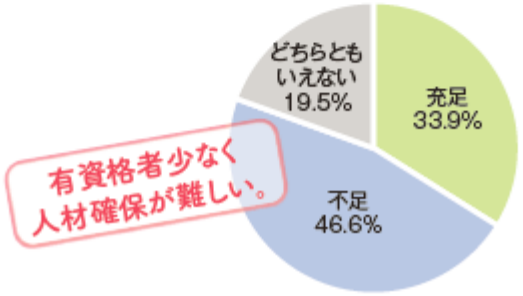
③ 看護師

重症児デイサービスでは配置が必須。



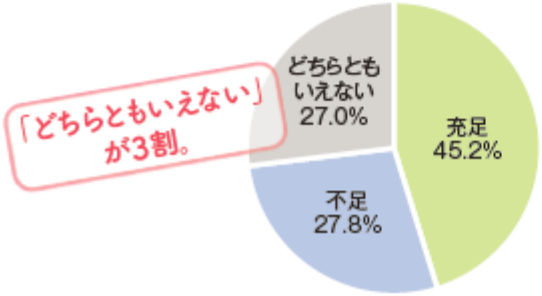
④ 機能訓練担当職員

多くの重症児デイサービスでは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が担当。



⑤ 指導員

無資格でも良いが、マンツーマン介助のための人数と高い質が必要。



※2015年10月～11月に実施した事業者アンケート調査結果より。(n=121)

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29.７.13）	ヒアリング資料７

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

全国肢体不自由児施設運営協議会
会長　朝貝　芳美

全国肢体不自由児施設運営協議会の概要

１．設立年月日：　昭和39年4月4日
２．活動目的及び主な活動内容
【活動目的】
・社会のニーズにあった、より良い障害児療育の発展に寄与する
【主な活動内容】
・旧肢体不自由児施設運営に関する諸問題の連絡調整
・肢体不自由児療育に関する調査研究
・国内外関係機関との連絡提携及び折衝
・療育に関する情報の収集と伝達
・施設相互の連携と災害対応
３．加盟団体数：56団体（国立民営1、公立公営18、公立民営13、民立民営24）
（平成29年5月時点）
４．会員数：常勤3088人、非常勤539.7人、兼任987.1人（平成29年5月時点）
５．会長　朝貝芳美　事務局　心身障害児総合医療療育センター内

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　給付費関係　　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
視点3　障害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

（1）職員配置による給付費について

・肢体不自由児と重症心身障害（以下、重心）児の障害程度は連続的に移行していく例も多く、児の持つ能力を最大限伸ばす療育の理念に基づいて、適切な時期に適切な量と質の療育がなされなければ肢体不自由児は重心相当の運動機能へ悪化してしまう。また、運動機能が重度であっても介助立位能力を獲得し、長期的に維持することは介助量を軽減し在宅生活を続けるために必要となる。しかし、現状は運営上療育を必要とする肢体不自由児、特に重心周辺児の入所療育が十分にできていない。障害種別が撤廃された現在も給付費には肢体不自由児の枠組みがあり、在宅生活を支援するために多領域の専門家が関わる療育に見合っていない。平成24年に医療型障害児入所施設になって入所児の重心化は加速されており、障害児療育の灯を消さないために早急に職員配置による給付費について検討する必要がある。

２　療育サービス関係　　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）保育機能の充実

・医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）において、肢体不自由児に対する保育士・指導員の役割は重要で、定数を超えて配置しており保育職員加配加算が必要と考えている。

（2）医療ソーシャルワーカー、心理士の充実

・旧肢体不自由児施設では、被虐待児の増加や保護者への育児支援などが必要な児の入所が増加し、専門的な多職種による心のケアを含めた対応の必要性が増加している。さらに入所前から退所後の支援を計画・継続しており、地域移行のための専門職の役割も一層重要となってきており、医療ソーシャルワーカー配置給付費を新たに創設し、心理担当職員充実のため現行の心理担当職員加算を見直す必要がある。

（3）入所から在宅への移行支援加算

・外泊の際の保育士、指導員の関わりは入所療育と家庭療育の架け橋となり、在宅移行の支援として重要な役割を果たしており地域移行支援機能を充実させるために、入所から在宅への移行支援加算を新たに創設することを求める。

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

（1） 給付費について視点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
視点3 障害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

【意見・提案を行う背景、論拠】

・ 医療型障害児入所施設に入所している肢体不自由児は、障害の重度重複化、多様化により「いわゆる手足の不自由なこどもたち」というイメージからかけ離れた状態になっており、被虐待児も増加してきている（参考資料1,2,3）。

「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究」で重症度と介護度の実態が調査検討されているが、こどもの発育成長を支援する必要度は障害の重症度だけではないことは明らかである。しかし、肢体不自由児療育に対する社会のニーズは高まっているにもかかわらず、肢体不自由児の基本給付費、重度加算、重度重複加算は長年低いまま据え置かれており、有期有目的入所給付費も重心より低く設定され、地域生活の後方支援として児の持つ能力を最大限伸ばす入所療育の灯が消えかけている（参考資料4,5）。

医療型障害児入所施設の入所児は、肢体不自由児であっても被虐待児の増加など専門的な多職種による心のケアを含めた対応 が必要となっており（参考資料6）、旧肢体不自由児施設では職員増を図り、直接処遇職員と入所児との比率はすでに1:1を超えている（参考資料7）。また、療育の理念に基づいた適切な療育支援が行われなければ、将来介助量の増加にもつながってしまう（参考資料8,9-1,9-2）。

医療型障害児入所施設になって、特に旧重心施設併設の民営旧肢体不自由児施設では、肢体不自由児の収入が重心の60～70%程度であり、有期有目的入所のベッド回転率は高いが、急なキャンセルなどで稼働率が低いため、重心の長期入所が優先されている（参考資料10-1,10-2,10-3,10-4,11,12-1,12-2）。この傾向は療養介護事業所の併設と併せて近い将来入所者の平均年齢を押し上げて、学齢児の入所ベッド数減少あるいは消滅を招来する可能性につながり、その結果、併設・隣接特別支援学校も必要なくなる。

また、療育により改善の期待できる重心周辺の入所児が減少しているが（参考資料13）、これらのこどもたちに地域生活を支援するための有期有目的入所がなければ、児の持つ能力を最大限発揮させることはできなくなる（参考資料14）。また、このこどもたちは精神面や動作面の配慮など、多職種の専門家チームによる対応が必要であり、10年余り変化のない基本単価（肢体148単位、重心880単位）、重度加算、重度重複加算を増額し、肢体不自由児の有期有目的入所の報酬（参考資料12-2：90日まで肢体163単位、重心968単位）も増額し重心周辺のこどもたちの入所療育を消滅させることのないよう要望する（参考資料15）。

【意見・提案の内容】

・上記課題に対応するためには、障害種別が撤廃された現在、職員配置による給付費について検討する必要がある。また、療育の灯を消さないためには最低限早急に肢体不自由児の基本給付費、重度加算、重度重複加算、有期有目的入所給付費を増額する必要がある。

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）-2

（2） 療育サービスについて　 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）保育機能の充実

【意見・提案を行う背景、論拠】

・医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）において肢体不自由児に対する余暇や日中活動支援、保育活動など保育士・指導員の役割は重要で、定数を超えて配置している（参考資料16,17）。

【意見・提案の内容】

・日常生活支援はもちろん入所被虐待児の増加、養育困難な保護者への育児支援などより高い質のサービス提供のため、保育職員加配加算が必要と考えている。

（2）医療ソーシャルワーカー、心理士の充実

【意見・提案を行う背景、論拠】

・「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究」の研究結果概要でも、障害の多様化のなかで医療ソーシャルワーカーでは身体障害者手帳や補装具など各種制度の相談対応や進路調整など、心理担当職員では発達評価に基づいた発達・教育支援や被虐待児対応などきめ細かな対応が求められている（参考資料18.19）。

【意見・提案の内容】

・医療ソーシャルワーカー配置のための給付費を新たに創設し、心理担当職員の充実のため現行の心理担当職員加算を見直す必要がある。

（3）入所から在宅への移行支援加算

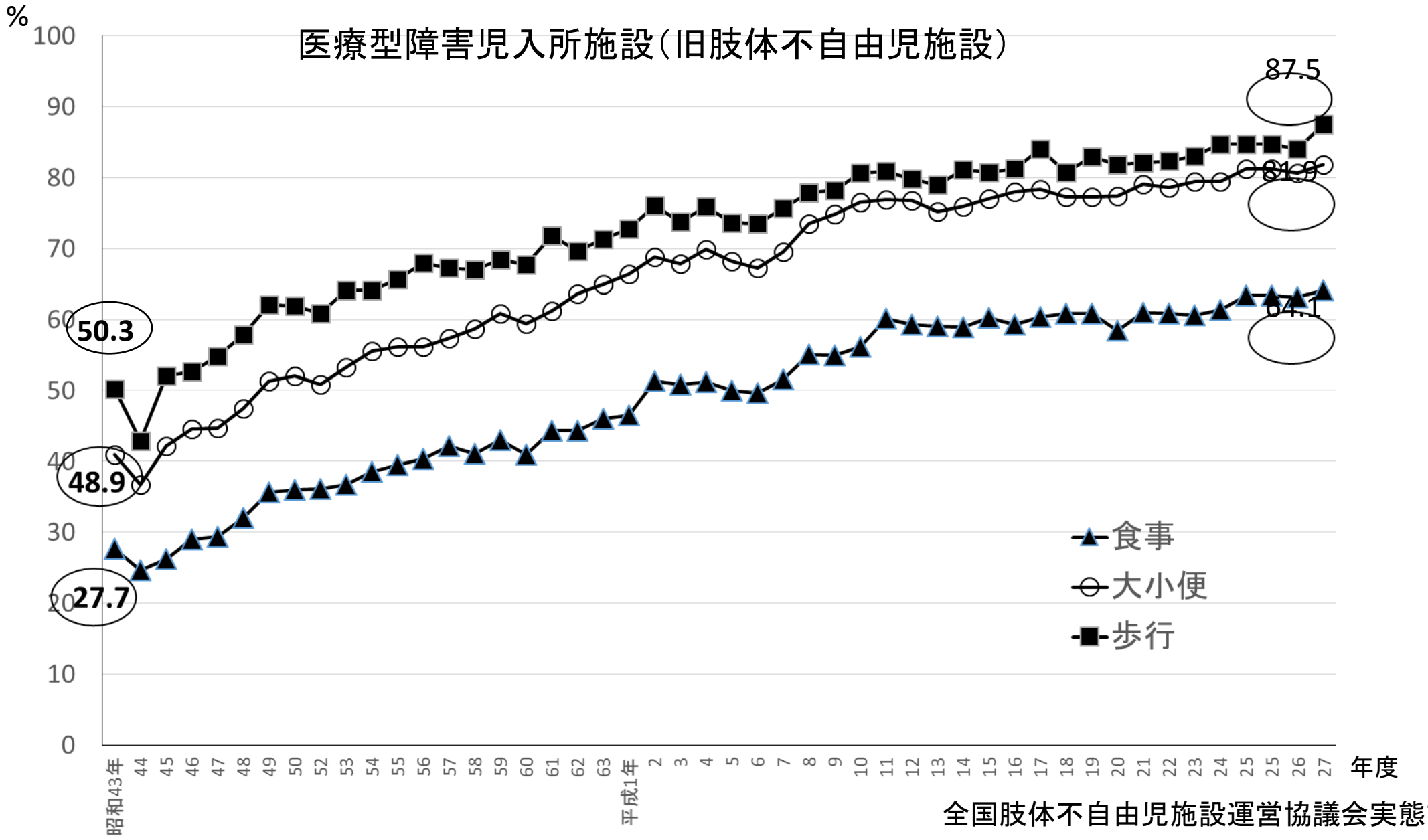
【意見・提案を行う背景、論拠】

・医療型障害児入所施設には、「入院・外泊児加算」はなく、医療型障害児入所施設の児童が入院・外泊した場合、障害報酬は支払われず、医療費も85％減収となる。しかし外泊の際の保育士、指導員の指導は在宅移行の支援として重要な役割を果たしている（参考資料20）。「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究」の研究結果概要でも、肢体不自由児の週末ごとの外泊・帰省が多いことが明らかになっている。一方、外泊が多くなると運営上の課題となっており、肢体不自由児より重心児の入所が優先される要因の1つとなっている。肢体不自由児には家庭療育や退所後の職場実習や施設体験など地域生活を支援するための外泊を伴う対応も重要である（参考資料21）。

【意見・提案の内容】

・地域支援機能を充実させるために、入所から在宅への移行支援加算を新たに創設することを求める。

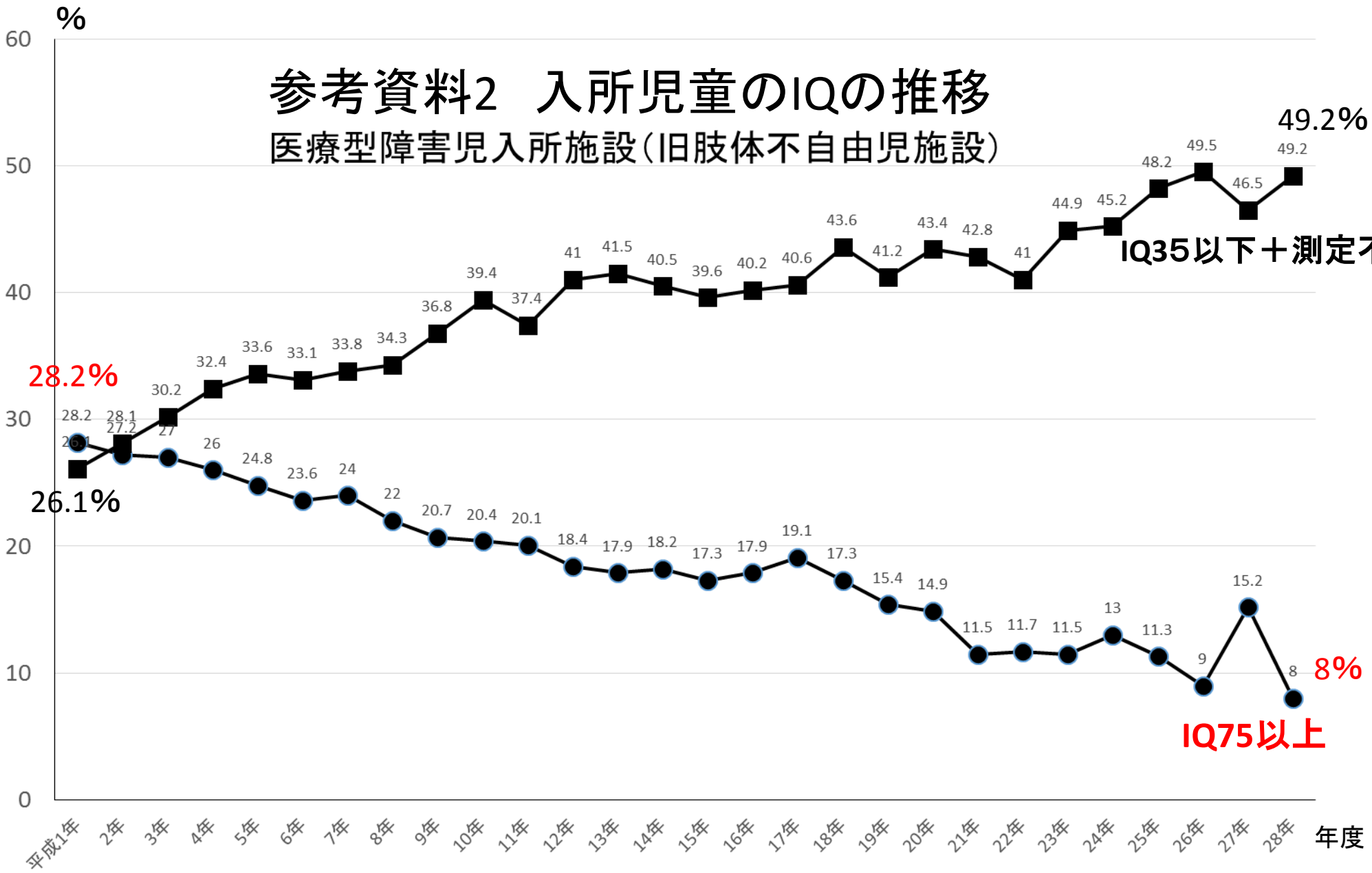
（1）給付費について　参考資料1　食事・排泄・歩行に介助を要する入所児の割合



全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

参考資料2　入所児童のIQの推移

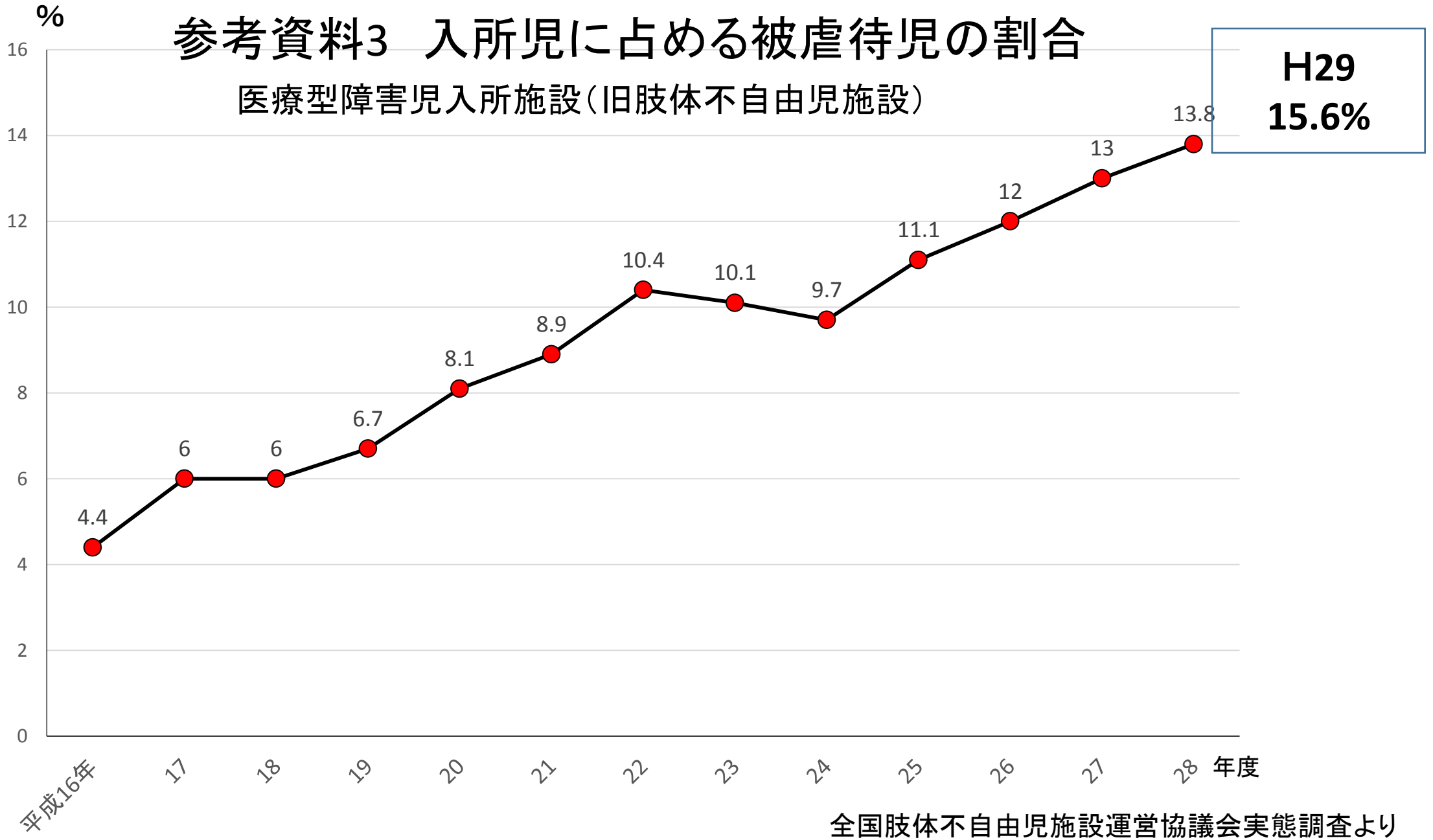
医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）



全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

参考資料3　入所児に占める被虐待児の割合

医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）



H29
15.6%

全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

参考資料4　医療型障害児入所施設肢体不自由児給付費の経年推移

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
基本単価	136	136	136	148	148	148	146	146	147	148	148
重度加算	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198
重度重複加算	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111

《現行給付費》

基本部分		有期有目的入所 1～90日まで	有期有目的入所 91～180日まで	児童発達支援 管理責任者選任 加算	重度障害児支援 加算	重度重複障害児 加算	乳幼児加算
自閉症児	318単位	355単位	323単位	24単位	(Ⅰ)165単位 (Ⅱ)198単位	111単位	
肢体不自由児	148単位	163単位	148単位	24単位	198単位	111単位	70単位
重症心身障害児	880単位	968単位	880単位	24単位	—	—	—

参考資料5　平成26年度　医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）の収支状況調査

	収入				支出				収支			
施設	福祉事業	医療事業	その他	収入合計	福祉事業	医療事業	その他	支出合計	福祉収支	医療収支	その他収支	合計収支
A	261,077,707	942,397,499	397,900	1,203,873,106	289,832,252	1,045,800,246	0	1,335,632,498	△ 28,754,545	△ 103,402,747	397,900	**△ 131,759,392**
B	69,325,368	344,758,696	0	414,084,064	77,716,558	389,528,072	0	467,244,630	△ 8,391,190	△ 44,769,376	0	**△ 53,160,566**
C	175,312,082	326,677,834	0	501,989,916	193,120,731	335,847,103	0	528,967,834	△ 17,808,649	△ 9,169,269	0	**△ 26,977,918**
D	103,366,802	107,966,997	5,972,818	217,306,617	249,729,325	260,848,179	14,430,047	525,007,551	△ 146,362,523	△ 152,881,182	△ 8,457,229	**△ 307,700,934**
E	25,023,700	241,083,904	308,229	266,415,833	28,993,564	279,448,608	0	308,442,172	△ 3,969,864	△ 38,364,704	308,229	**△ 42,026,339**
F	76,887,783	337,126,542	0	414,014,325	90,298,426	395,176,984	0	485,475,410	△ 13,410,643	△ 58,050,442	0	**△ 71,461,085**
G	149,714,318	536,078,039	1,145,886	686,938,243	177,653,844	636,135,098	1,361,301	815,150,243	△ 27,939,526	△ 100,057,059	△ 215,415	**△ 128,212,000**
H	44,866,135	120,133,528	2,603,601	167,603,264	107,813,280	337,112,164	0	444,925,444	△ 62,947,145	△ 216,978,636	2,603,601	**△ 277,322,180**
I	40,645,000	231,358,000	0	272,003,000	88,129,000	503,341,000	0	591,470,000	△ 47,484,000	△ 271,983,000	0	**△ 319,467,000**
J	23,712,743	113,474,794	11,878,262	149,065,799	118,050,237	565,007,735	59,396,345	742,454,317	△ 94,337,494	△ 451,532,941	△ 47,518,083	**△ 593,388,518**
K	58,980,098	212,993,050	0	271,973,148	73,422,279	265,085,233	0	338,507,512	△ 14,442,181	△ 52,092,183	0	**△ 66,534,364**

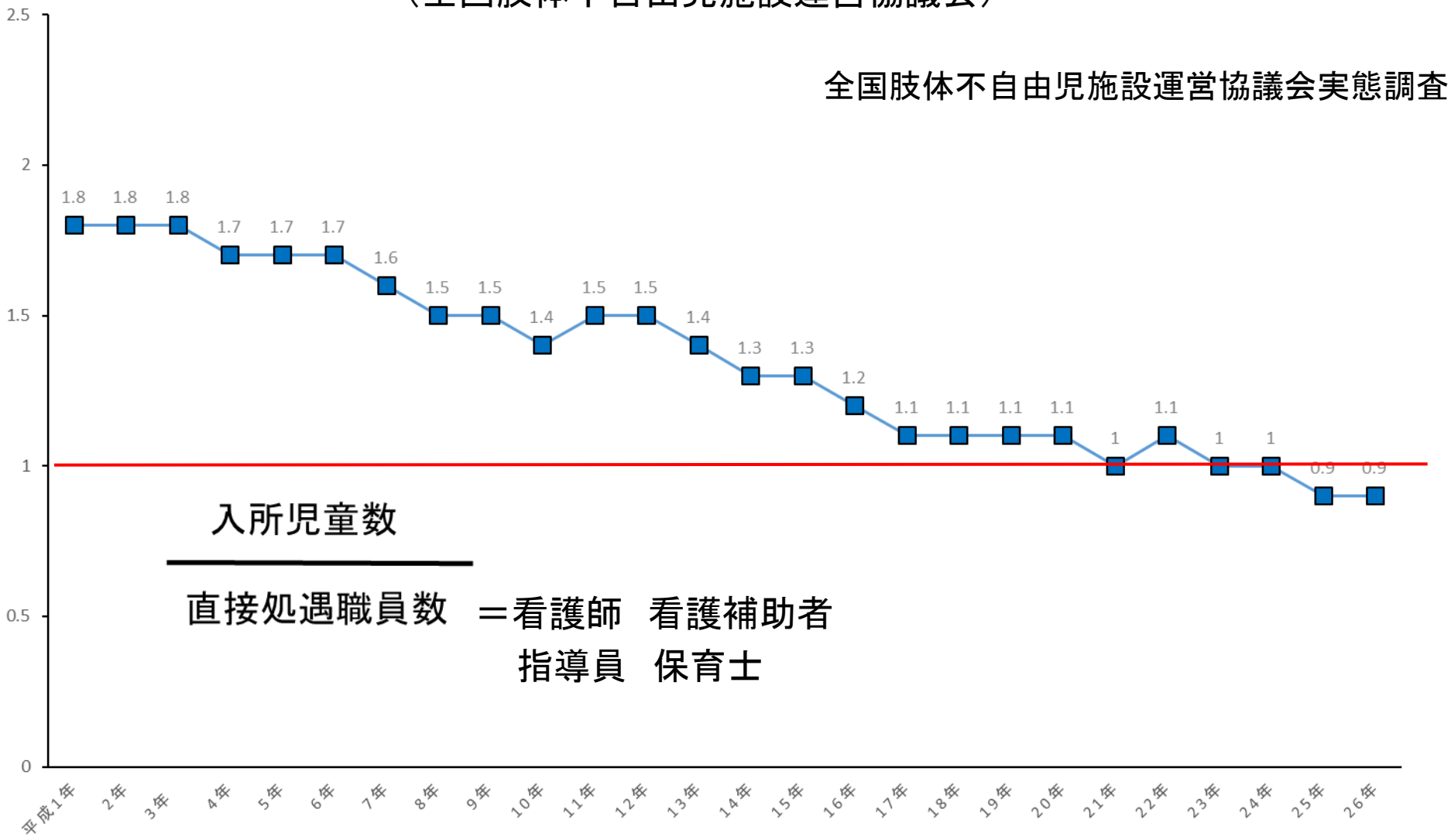
参考資料6　チーム療育

医師
整形外科
小児科
小児神経科
脳神経外科
耳鼻科
眼科
皮膚科
泌尿器科
精神科
麻酔科
歯科
遺伝科
など

参考資料7　入所児童数と直接処遇職員数の比

（全国肢体不自由児施設運営協議会）

全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

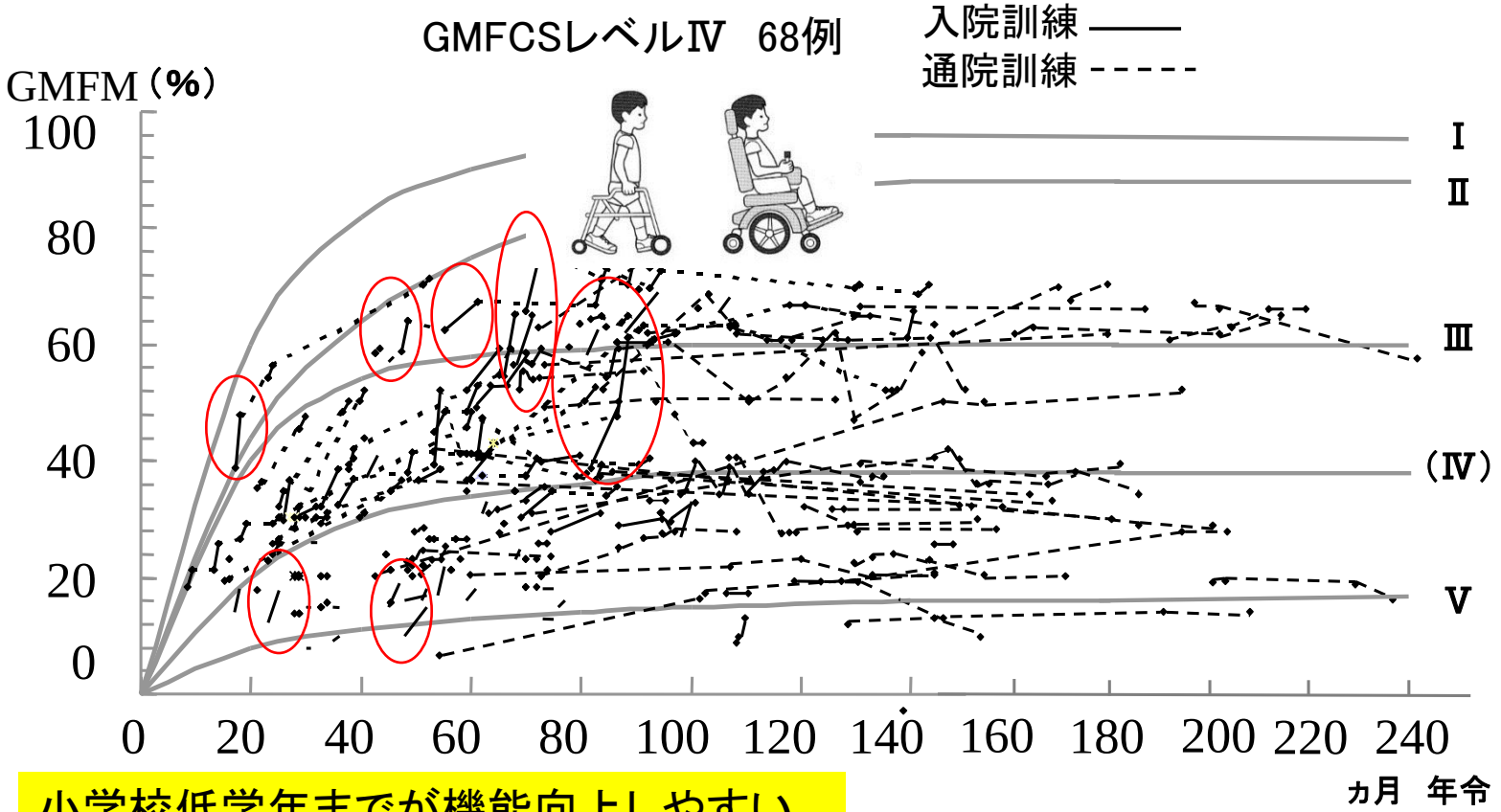


入所児童数

直接処遇職員数　＝看護師　看護補助者
指導員　保育士

参考資料8

有期有目的入所集中訓練によるGMFMの経過



小学校低学年までが機能向上しやすい

日常で使わない姿勢や機能は維持向上できない例が多い
退所後の環境調整や使えるレベルまで有期有目的入所を繰り返すことが重要

平成14年度厚生労働科学研究

参考資料9-1 歩行障害は入所集中訓練治療で日常での支持歩行へ

5歳　支持歩行訓練

24歳　杖歩行可能

頻度の少ない
通所訓練

12歳　つかまり立ち不能

参考資料9-2　療育による歩行獲得の違い

旧肢体不自由時施設では

入院集中訓練を繰り返し、日常で使えるレベルに
ボツリヌス治療、整形外科手術など

3歳頃座位可能
杖歩行の可能性

それ以外の施設では

歩けないので移動は車いす
頻度の少ない、訓練室内だけの通院歩行訓練
機能の向上する時期を逸してしまう

6～8歳頃杖歩行可能

つかまり立ち不能

参考資料10-1　肢体不自由児と重心児の収入（医療費＋福祉費）の違い　　Sセンター

平成27年度　1人当たりの1日平均収入			
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	31,484.4	9,444.1	40,928.5
肢体	25,070.4	3,295.4	28,365.8
計	56,554.8	12,739.5	69,294.3
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	55.7%	74.1%	59.1%
肢体	44.3%	25.9%	40.9%
肢体/重心	79.63%	34.89%	**69.31%**

平成28年度　1人当たりの1日平均収入			
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	31,835.3	9,598.3	41,433.6
肢体	25,506.6	3,072.4	28,579.0
計	57,341.9	12,670.7	70,012.6
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	55.5%	75.8%	59.2%
肢体	44.5%	24.2%	40.8%
肢体/重心	80.12%	32.01%	**68.98%**

参考資料10-2　肢体不自由児と重心児の収入（医療費＋福祉費）の違い　G施設

平成27年度　1人当たりの1日平均収入			
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	22,734	8,180	30,914
肢体	14,415	2,250	16,665
計	37,149	10,430	47,579
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	61.2%	78.4%	65.0%
肢体	38.8%	21.6%	35.0%
肢体/重心	63.4%	27.5%	**53.9%**

平成28年度 1人当たりの1日平均収入			
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	22,729	8,226	30,955
肢体	15,540	2,211	17,751
計	38,269	10,437	48,706
	医療費	福祉費	医療費+福祉費
重心	59.4%	78.8%	63.6%
肢体	40.6%	21.2%	36.4%
肢体/重心	68.4%	26.9%	**57.3%**

参考資料10-3　有期有目的入所のベッド稼働率　SIセンター

単独入所	入所期間1-6ヶ月			
年度	ベッド数	稼働率	キャンセル率	キャンセル実人数
27	3	**73.9%**	10.2%	4
28	4	**65%**	22.5%	7
キャンセル理由：　本人の体調不良5、家の都合3、入所期間の変更2				

親子入所	入所期間1ヶ月			
年度	ベッド数	稼働率	キャンセル率	キャンセル実人数
27	10	**77%**	16.6%	14
28	10	**72%**	20.5%	24
キャンセル理由：　本人・母親の体調不良15、家の都合16				

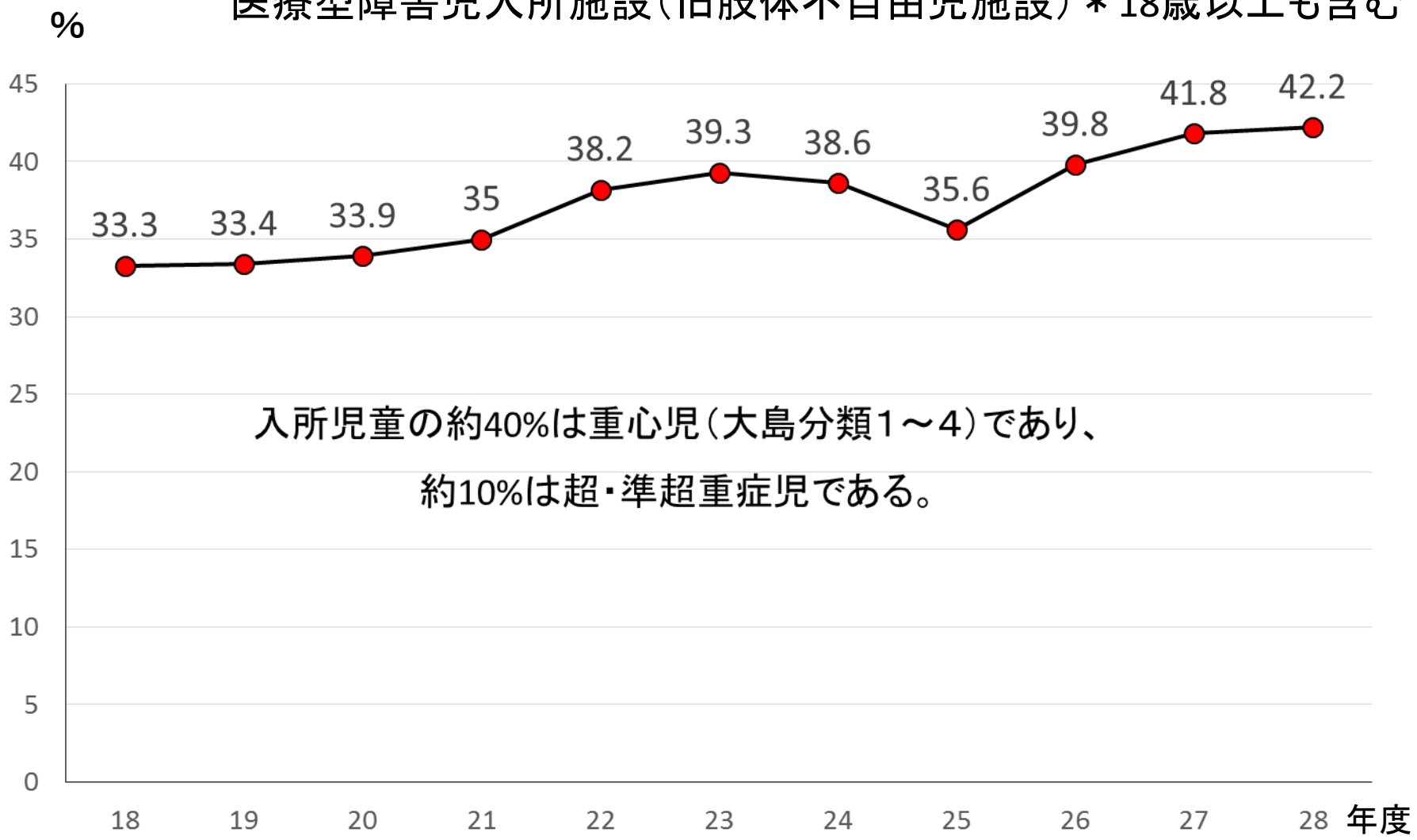
参考資料10-4 有期有目的入所のベッド稼働率

親子入所　SSセンター					
年度	入院延数	年間日数	1日あたり入所数	床数	稼働率
27	1455	366	3.98	5	**79.5%**
28	899	365	2.46	5	**49.3%**

単独入所　SSセンター				単独入所期間1-6ヶ月					
年度	ベッド数	延ベッド数	延人数	入院延数	退院数	稼働率	申込数	キャンセル実人数	キャンセル率
27	36	13,176	130	8,187	106	**62.9%**	170	29	17.1%
28	36	13,140	165	9,196	143	**71.1%**	167	20	12%
キャンセル理由(27年度)：　本人の体調不良12、家人の都合11、入院延期5、他院入院1				キャンセル理由(28年度)：　本人の体調不良4、家人の都合10、入院延期3、他院入院3					

参考資料11　入所児童における重心児の割合（大島分類1～4）

医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）＊18歳以上も含む



全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

参考資料12-1　肢体不自由児と重心児給付費の比較

重　心		肢　体					
基本		基本		基本+重度		基本+重度+重複	
880		148		148		148	
−				198		198	
−						111	
合計　880		148		346		457	
重心との差		(880−148) 732	(148/880) 17%	(880−346) 534	(346/880) 39%	(880−457) 423	(457/880) 52%

参考資料12-2　その他の肢体不自由児の加算

・乳幼児加算　70単位

その他重心給付費と差が開く要因

・

有期有目的入所給付費	1～90日	91～180日
肢体不自由児	163	148
重症心身障害児	968	880

・重心は外泊（週末帰省、長期休み帰省）が少ない

参考資料13　重心と重心周辺入所児数(18歳未満)

全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

年度	大島1～4	大島5～9
16	30.1	17.7
19	33.4	19.4
23	39.3	19.7
25	31.3	16.0
26	34.8	12.5
27	36.1	11.3
28	36.2	11.4

参考資料14　大島分類と有期有目的入所

21	22	23	24	25
20	13	14	15	16
19	12	7	8	9
18	11	6	3	4
17	10	5	2	1
走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり

IQ 80

IQ 35

走れる・歩ければ歩行機能の維持

歩行障害は日常での支持歩行へ

大島分類1～4：3歳頃までに座れれば支持歩行へ、3歳頃座れなくても支持立位へ

参考資料15 肢体不自由児療育に対する制度改正の影響

肢体不自由児施設

⇒

医療型障害児入所施設

肢体不自由児療育　消滅の危機

肢体不自由児
（肢体不自由児、重心児）
運動機能：主に整形外科医

有期有目的入所(含む手術）
・運動機能は重心相当であっても給付費が低い
・ベットの回転率が高く、稼働率が悪い
・児の心理面の対応にも手がかかる
・専門整形外科医の高齢化、後継者がいない。

重心児・者

継続的入所による比較的安定した経営
職員配置を厚くでき、主に小児科（内科）医が必要
18歳超：療養介護事業

（2） 療育サービスについて （1）保育機能の充実

参考資料16　肢体不自由児に対する児童指導員及び保育士業務について

（1）日常の職務

①日常生活支援　　直接的な支援（食事、更衣、排泄、移動、入浴等）、衣類の購入や保管、お小遣い管理、金銭管理の支援（お小遣い帳をつける等）、買い物の支援（おやつや日用品の購入）、理美容（理容店・美容店の利用支援）、身だしなみを整える、理美容ボランティアの導入・連絡・調整・補助、環境整備（居室やデイルームの整理整頓、安全な生活環境）、棟内のルールを考えて、みんなで守るようにする

②保育活動、③余暇・日中活動支援、④学習支援、⑤通学支援、⑥外出支援、⑦社会生活力支援、⑧個別支援計画の作成、⑨カンファレンスへの出席、⑩療育相談への同席、⑪各種記録業務、⑫各種手続き関係：福祉相談員との連携

（2）ケースワーク的関わり：ケースワーカーとの連携

・入退園調整、入園についてのオリエンテーション、就学や転学についての手続きや調整、退園支援（福祉サービス利用コーディネイト等）住宅改修や在宅医療ケア調整などを目的とした自宅訪問、児童相談所や行政機関などとの連絡調整

（3）家族支援　外来～入園中～退園後の継続した支援、面談や電話連絡、お便りの送付等

（4）進路支援　地域の普通学校も含めた進路選択、高等部卒業後の障害者支援施設入所のための見学・支援

（5）思春期教育　思春期教育プログラムの実施（身体機能的にも知的にも軽度の児童を対象）

参考資料17　職員1名に対する入所児童数（保育士、児童指導員）

全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

平成	28年度	27年度	26年度	25年度	24年度
公立公営	2.2	2.5	2.4	2.1	2.3
公立民営	2.9	3.0	3.4	4.0	4.0
民立民営	2.3	1.8	2.2	2.2	2.6

基準：主として肢体不自由のある児童を入所させる医療型障害児入所施設の児童指導員及び保育士の総数は、通じて、乳幼児おおむね十人につき一人以上、少年おおむね二十人につき一人以上とする。

H28年度　入所0～6歳264人、基準27人、入所6歳～　1339人、基準67人、

基準数**94**人に対して、H28年度保育士・指導員数**479.3人**（非常勤含む）。

(2)医療ソーシャルワーカー、心理士の充実

参考資料18　医療ソーシャルワーカーの業務、役割

- 各種相談対応　　各種制度(手帳、手当、補装具等)、地域の通園施設等の利用、通園及び通学先での課題や進路等、親子入所児への制度説明と援助
- 苦情受付窓口
- 関係機関からの相談
- 入所調整　入所案内、**有期有目的における日程調整**、児相、福祉事務所、特別支援学校等との連絡調整及び入所手続き、利用者との契約手続等
- 退所調整　退所に関する手続き、**進路調整**、在宅調整(医療連携係と共同)
- 地域支援　地域療育支援事業等の日程調整及び費用請求等(県療育支援事業・各市町村委託事業)
- 施設利用の相談及び調整　外来受診希望児の受付、親子入所希望児童の受付と日程調整、重心通園利用児者への説明と手続き
- 見学団体案内、実習生へのオリエンテーション
- 短期入所事業調整　契約、日程調整
- 支援会議、カンファレンス、地域の支援会議
- 各種書類　各種証明書等の発行依頼への対応　補装具の申請書類の発行
- ボランティア受付窓口、夏・春ボラの募集案内
- 虐待対応、児童相談所との連絡調整
- その他　外国人対応、セカンドオピニオン対応(医療連携係と共同)、成年後見制度利用の支援など

参考資料19　心理（臨床心理士）の業務と役割

Ⅰ）入所児支援

・入所に伴う子どもや家族の不安などを把握し，軽減につながる情報が提供されるよう医療スタッフと連携

- 療育課題設定の前提となる、認知発達のバランス理解（対話力に比して理解力が困難な場合，保護者の過度な期待から精神的な不調をきたす）
- 事故になどによる高次脳機能障害についての状態把握や対応助言，保護者の喪失感へのカウンセリング、地域所属教育機関（幼稚園や学校など）との関係調整への対応（MSWとも連携）、退所後の方向性の助言
- 幼少期からの虐待による愛着困難から，スタッフへの感情表出が攻撃的になる場合の，本人への定期的面接，家族関係の評価、スタッフへの対応助言　・長期入所に伴う社会性の問題（経験不足と知的理解困難による依存傾向）への、ソーシャルスキルトレーニング的なグループ活動の展開　・思春期に生じる自己存在の確認としての、「ライフストーリーワーク」の情報提供や展開のサポート　・精神疾患や虐待加害者の保護者の理解のしかたとクレームへの対応

Ⅱ）地域支援

- 急性期やNICU退園後の保護者の心情や状態を把握して、適切な入所のタイミングや他家族との組み合わせを配慮　・子どもの発達相談　・保育スタッフが展開する集団活動の内容助言，共同運営　・中途障害の子どもの理解と対応について，保護者の喪失感情に配慮した対応　・夫婦間の協力関係や兄弟の心情へのサポート　・専門機関への紹介助言
- 「愛着障害」「発達障害」、虐待（養育困難）、保護者の精神疾患への対応　・ペアレントプログラム、兄弟の心理的問題、自閉症スペクトラム症に特有な「ゲーム依存」「自殺願望」への対応・肢体不自由に特有（運動制限による回避困難）な「性的被害」への対応

・医療的ケア児や軽度の肢体不自由児の通常級での活動制限に対する親子の不満への介入　・保護者の夫婦関係の調整（DV、依存症）など

（３）入所から在宅への移行支援加算

参考資料20　退所後の移行先施設

	小・中学校など	肢体不自由児通園	在宅（6歳未満）	計
平成25年	1,317	174	877	2,368
平成26年	1,403	76	1,061	2,540
平成27年	1,244	146	928	2,318

全国肢体不自由児施設運営協議会実態調査より

参考資料21　肢体不自由児に対する帰省（外泊）時の保育士・児童指導員の支援

〇毎週末など帰省（外泊）

- 担当者は1週間の生活の様子（健康面については看護師より）を連絡ノート等活用してご家族に伝えていく。帰省時にご家庭でも継続可能な訓練があれば、実施方法の変更の有無など随時連絡していく。帰省時に担当者が勤務で直接ご家族とお会いできる場合は口頭にて確認する。
- 帰省時はご家庭での体調や精神面のチェックをご家族にしていただき、帰所時にチェックできるようにする。

〇単独帰省（外泊）

- 卒後の自立生活に向けて単独帰省が必要と認められた利用者への単独帰省を計画する。
- 医師、担当作業療法士、学校教員等と連携し、実施前の評価を行う。
- ご家族と連携し、実施に際しての安全確保、連絡方法等確認していく。

〇その他特別帰省（外泊）

- 卒業、退所を控え地元での職場、施設等の体験のために長期帰省する場合は、特別支援学校の進路指導担当の教員等と連携を取りながら帰省時の情報収集に努める。

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料８

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

全国重症心身障害日中活動支援協議会
会長　末　光　　茂

全国重症心身障害日中活動支援協議会の概要

１　設立年月日　平成9年10月23日

２　代 表 者　　会長　末 光　茂

３　活動目的

本協議会は、在宅の重症心身障害児・者（以下「重症児者」という）の日中活動を支援する事業所が、必要な情報の交換、職員の資質向上を目指した研修、共通する諸問題の調査研究、関係機関との連携･折衝等を通じて、同事業の健全な運営をはかることにより、地域で暮らす重症児者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

４　主な活動内容

（1） 研修会及び研究会の開催

（2） 在宅の重症児者の日中活動支援に関わる諸問題の調査及び研究

（3） 関係諸機関・団体との連携及び折衝

（4） 全国または各地域レベルの会員相互の連絡･交流

（5） その他、目的達成に必要な事業

５　会員事業所数　225事業所（平成29年4月1日現在）

６　重症児者の利用者数　約5,000名

重症児者を対象とした日中活動事業所の概要 ①

表1　定員、平均出席者及び超・準超重症児等の状況　　（n＝81）

	定員	出席者	うち 重症児者	うち 超・準超重症
全体	15.6	12.0	8.3	2.5

表2　収支差率及び職員配置の概要（n＝81）

	収支差率	看護配置	看護職以外 の配置	職員配置
全体	▲ 9.7%	5.4 : 1	1.7 : 1	1.3 : 1

※1　看護配置 …… 看護職員（看護師・准看護師）1名あたりの利用者数
※2　看護職以外の配置 …… サビ管、児発管を含む福祉・介護職員等

重症児者を対象とした日中活動事業所の概要 ②
表3　H26経営実態調査結果との比較　（n＝81）

	平成29年当協議会調べ		H26年経営実態調査	
	重症児者対象の生活介護及び児童発達支援等		生活介護	児童発達支援
Ⅰ　事業活動収入				
（1）給付費	47,985,072	95.9%	92.4%	90.3%
（2）特定費用（利用者負担）	552,728	1.1%	2.8%	2.0%
（3）補助金・他サービス	879,798	1.8%	0.9%	0.8%
（4）その他	300,428	0.6%	3.2%	6.1%
Ⅱ　事業活動支出				
（1）人件費	43,653,754	**87.3%**	**59.8%**	**72.1%**
（2）業務委託費	2,860,116	5.7%	4.7%	3.8%
（3）減価償却費	2,880,313	5.8%	3.7%	1.8%
（4）国庫補助金等特別積立金取崩額	−1,174,231	−2.3%	−1.8%	−0.4%
（5）その他	6,239,161	12.5%	16.9%	15.3%
Ⅲ　サービス活動外収益				
（1）借入金利息補助金収益	18,135	0.0%	0.0%	0.0%
（2）その他（拠点からの繰り入れ等）	287,361	0.6%	0.7%	0.8%
Ⅳ　サービス活動外費用				
（1）支払利息	67,482	0.1%	0.2%	0.1%
（2）その他（拠点への繰り入れ等）	336,602	0.7%	3.2%	2.6%
収　入	50,023,521	100.0%	100.0%	100.0%
支　出	54,863,197	109.7%	86.6%	95.3%
収支差	−4,839,676	**−9.7%**	**13.4%**	**4.7%**

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　障害支援区分に加えて、必要な支援の質と量に基づく人員基準及び報酬基準を
（1）同じ障害支援区分6であっても必要とする支援の質及び量は大きく違う
（2）重症児者への直接ケアにはスケールメリットが発生しない
（3）「超重症児」等への「医療的ケア」には現行基準を大幅に超える手厚い看護配置が不可欠
（4）発達支援及びリハビリテーションに対する評価の充実

２　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
◇ 利用制限になりうる児童発達支援の定員に応じた逓減制の是正と、軽度障害児との報酬の逆転現象の解消

【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　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
◇重症児者の平均出席率は70%前後であり、欠席対応加算が必要
（小規模事業所ほど、影響大で、廃業の危険性大）

４　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
◇ 全身性障害や医療的ケアに対応した送迎加算の充実（常勤看護師の添乗、車椅子対応改造車両等の評価）
◇ 希望者全員の送迎は、地域において重症児者がサービスを受ける前提であり、開所時間の延長よりも急務

【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

５　生活介護の利用対象者の見直しと、提供しているサービスの内容に基づく報酬の再編
（1）生活介護の対象者を常時介護が必要な者（原則として区分4以上）とするなどの見直し
（2）包括的、一律的な報酬から、提供するサービス内容（送迎、医療的ケア、訓練、入浴等）を評価した報酬

６　児童発達支援及び放課後デイサービス等のガイドラインの遵守と監査・指導体制の強化

１．障害支援区分に加えて、必要な支援の質と量に基づく人員基準【視点１】

（１）同じ障害支援区分６であっても必要とする支援の質及び量は大きく違う

◆　全身性障害を有する重症児者の場合、部屋の移動、車椅子の乗降など、新たなケアが始まるときまたは終わるときには常に2名の支援者による介護が必要。特に入浴介助では支援者2名による介助時間を多く要します。

◆　咀嚼・嚥下に障がいを有するため、食事介助に30分以上、水分補給（100ml）に10分以上要する場合も少なくありません。

◆　重症児の割合が高くなればなるほど、多くの人手を要します。また、医療的ケアを要する利用者も増加傾向にあるため、看護配置も厚くなる傾向があります。

◆　この結果、重症児の受け入れ割合と収支の悪化が概ね比例関係にあると言えます（7頁　表4参照）。

表4　重症児者の割合別の収支差率及び職員配置等

重症児者の割合	収支差率	看護配置	看護職以外の配置	人員配置
90%以上	▲ 13.1%	4.0：1	1.6：1	1.1：1
60～90%未満	▲ 8.7%	5.2：1	1.6：1	1.3：1
30～60%未満	▲ 13.6%	6.9：1	1.5：1	1.3：1
30%未満	＋ 1.3%	13.0：1	2.3：1	2.0：1

（2）重症児者の直接ケアにはスケールメリットが発生しない

◆　重症児者のケアは原則１対１であることから、定員によるスケールメリットは発生しません。

◆　例えば送迎においても、最も効率的な（但し、利用者の負担は最も重い）マイクロバスによる送迎の場合で、最大５名の利用者に対して職員３名（運転手＋介護者）を要する。実際に５名乗車できないケースの方が多く、送迎においても概ね１対１を要しています。

◆　定員よりも、利用者に必要な支援の状況及びその内容（人員配置等）が収支に大きく影響しています。定員１０～２０名の事業所は旧重症児通園事業Ａ型からの移行が多く、医療的ケアを要する利用者の受け入れ比率が高い傾向があり、結果として最も収支が悪化する傾向があります。一方で、定員２０名を超える事業所では、重症児の割合が低い事業所が一定数あるため、平均の収支は改善する傾向があります（９頁　表５参照）。

表5　定員による収支差率と職員配置

定員	収支差率	看護配置	看護職以外の配置	人員配置
10名未満	▲ 12.6%	3.2：1	1.5：1	1.0：1
10～20名以下	▲ 14.8%	4.8：1	1.7：1	1.2：1
21名以上	＋ 2.1%	10.1：1	2.0：1	1.7：1

（３）「超重症児」等の「医療的ケア」には手厚い看護体制が必要

◆　濃厚な医療的ケアを要する「超・準超重症児」について、医療機能を有する事業所を中心に受け入れが進んでいますが、報酬上の根拠がありません。

◆　超・準超重症児の受け入れには、基準を大きく上回る看護職員の配置が必要であるほか、一定の設備整備を要する場合も多く、多額の費用を要しています。

◆　この結果、超・準超重症児を受け入れれば受け入れるほど、収支が悪化し、赤字が拡大しています（11頁　表６参照）。

◆　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、医療機能を有さない事業所において、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ており、超重症児の潜在的な通所ニーズは極めて大きいと言えます。

表6　超･準超重症児者の割合別の収支差率及び職員配置等

超･準超重症児者割合	収支差率	看護配置	看護職以外の配置	人員配置
50%以上	▲ 9.5%	3.9：1	1.8：1	1.2：1
30～50%未満	▲ 21.0%	4.1：1	1.6：1	1.1：1
10～30%未満	▲ 13.7%	5.0：1	1.6：1	1.2：1
10%未満	▲ 2.5%	7.7：1	1.8：1	1.5：1

（４）発達支援及びリハビリテーションに対する評価の充実

◆　発達期にある重症児にとって、リハビリテーションの重要性及びニーズはいずれも高いと言えます。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。

◆　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（13頁　表7参照）。

◆　この結果、利用者の中には「通所する日は専門的な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状況です。福祉サービスにおいて専門的な訓練を提供することは、利用者の利便性の向上に大きく寄与すると考えられます。

表7　障害福祉・診療報酬制度によるリハビリテーションの報酬及び基準等

		報酬額	実施者・算定要件 施設基準等
障害福祉	リハビリテーション加算 （生活介護）	200円	医師、PT、OT等による疾患別リハと同等の実施計画が必要 難易度が極めて高い
	特別支援加算 （児童発達支援）	250円	PT、OT等を配置して計画・実施 難易度が極めて高い
	機能訓練担当職員による訓練 （重症児対象の児童発達支援）	包括	担当職員の専門性問われず PT、OT等の専門職が実施しても算定できず
診療報酬	脳血管疾患等リハビリテーション （Ⅰ）～（Ⅲ）	1000～ 2450円	医師、PT、OT等による実施 難易度が最も高い
	障害児（者）リハビリテーション	1550～ 2250円	PT、OTに加え看護師も実施可 算定要件及び施設基準は比較的簡素

※1　障害福祉制度は1日あたりの報酬額。
※2　診療報酬制度は1単位20分あたりの報酬額。1日6単位まで算定可能。

2. 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 【視点1】

（1） 児童発達支援の定員に応じた報酬の逓減制の見直し

◆ 定員15名の事業所が重症児（18歳未満）を受け入れた場合、仮に1日あたり出席者が3名であったとしても、児童発達支援の報酬は11名以上の区分が適用されます（15頁 表8参照）。

◆ 地域の重症児福祉の中核を担っている旧重症児通園A型から移行した事業所（定員１５～２０名）で、積極的に児童の受け入れを行っている事業所の収支が特に厳しい状況です（16頁 表9参照）。

◆ 同一の事業所において、同等程度の支援を必要とする児と者で、およそ2倍の報酬格差が発生しており、経営優先の立場からは児童の利用制限にも繋がりかねないと危惧されます。

（2） 軽度障害児との報酬の逆転現象の解消

◆ 最も手厚い医療（看護）と介護を必要としている超重症児よりも、一定の医療的ケアを要する軽度障害児の方が報酬が高い逆転現象も見られます（17頁 表10参照）。

表８　重症心身障害を対象とした生活介護と児童発達支援の報酬比較

	生活介護（成人） 障害支援区分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	1,278単位	基本単位	1,608単位	
	人員体制加算	265単位	管理責任者	410単位	
	送迎加算	82単位	送迎加算	74単位	
	合計	1,625単位		2,092単位	＋467単位
定員10名	基本単位	1,278単位	基本単位	824単位	
	人員体制加算	265単位	管理責任者	205単位	
	送迎加算	82単位	送迎加算	74単位	
	合計	1,625単位		1,103単位	▲522単位
定員11名 以上	基本単位	1,278単位	基本単位	699単位	
	人員体制加算	265単位	管理責任者	102単位	
	送迎加算	82単位	送迎加算	74単位	
	合計	1,625単位		875単位	▲750単位

表9　定員10～20名の事業所のうち、登録者の90%が重症児者

児童の受け入れ状況	収支差額	収支差率
全 体 平 均	-10,269,379	▲ 19.8%
児童の受け入れなし（0名）	-4,532,148	▲ 8.4%
1日平均3名以上の児童を受け入れ	-16,398,401	▲ 31.0%

（n＝27）

表10　重症児とその他障害児との報酬比較
（定員10名の児童発達支援事業所）

	報酬区分	重症児対象	その他障害児
通所給付費（単位／人／日）	報酬単価	824	620
	児童発達支援管理責任者専任加算	205	205
	児童指導員等配置加算		12
	指導員加配加算		195
	特別支援加算		25
	医療連携体制加算		250
	送迎加算	74	108
	合計 （単位/日）	1,103	1,415

３．日々の体調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【視点２】

◆　定員の柔軟化（平均125％まで）は都市部を中心に有効活用が可能ですが、重症児者対象の事業所で定員を満たしている事業所は少数であり、むしろ過疎地域においては定員を充足させることさえ困難な状況です。会員事業所における定員の充足率は平均76.9％です。

◆　重症児者は他の障害児者と比較して欠席率が高いという現状があります。また、一旦体調を崩すと入退院を繰り返すなど、欠席が長期化しやすい特徴があります。

◆　特に過疎地域においては、利用者の長期欠席により事業の継続そのものが危ぶまれる小規模事業所も少なくありません。

◆　全国津々浦々において、重症児者が身近な場所で療育または日中活動支援を受けられるためには、重症児者特有の欠席に対応した措置（9割保証）が必要であります。

４．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【視点２】

◆　当協議会加盟事業所の送迎実施率は８０％を超えていますが、利用者個々に見てみると、事業所による送迎の利用者は６０％にとどまります。

◆　重症児者の送迎には、リフト付き車椅子対応車両が欠かせず、利用者及び家族の状況によってはベッドtoベッドの送迎が必要な事例も多く、その乗降に多くの時間が費やされています。少なくとも、短期入所における送迎（186単位）よりも多くの設備投資及び人件費を要しています。

◆　特に医療的ケアを要する利用者の送迎には看護職員の添乗を要するため、看護師の常勤配置が必要となります。更に超重症児等の送迎に際しては看護師による単独送迎が必要な場合も少なくありません。

◆　重症児者の送迎は、地域において重症児者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けるための前提です。希望者全員の送迎は、開所時間の延長よりも急務であると考えます。そのためには重症児者の障害特性である全身性障害や医療的ケアに対応した各種加算が必要不可欠であります。

具体的な報酬、基準及び加算に対する意見等

１　障害支援区分に加えて、必要な支援の質と量に基づく人員基準及び報酬基準

◇現行の区分6に対する人員配置を上回る、1.4対１の人員基準の創設

◇特別重度支援加算（超重症児加算）の新設

① 医療的ケア児者500単位　②準超重症児1000単位　③超重症児1500単位

◇看護配置加算の創設

7.5対１（最低ライン）、５対１（医療的ケアへの対応）、３対１（超重症児）

◇発達支援及びリハビリテーションに対する評価の充実

診療報酬制度の「障害児（者）リハビリテーション料」と同等程度の報酬単価

２　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

◇重症児を対象とした定員10名以上の基本報酬単価の増額（逓減制の廃止）

３　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

◇重症児者の特殊性に配慮した欠席対応加算（９割保証）

４　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

◇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検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料９

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

全国医療的ケア児者支援協議会
代表　戸枝　陽基

全国医療的ケア児者支援協議会

医療的ケア児者支援協議会の概要

1. 設立年月日：平成27年7月11日

2. 活動目的及び主な活動内容：

医療的ケアを必要とする人と家族が笑って暮らせる日本社会の実現に向けて、
医療的ケア児者支援の広がりを牽引することを目的として創設され、
政策提言とコミュニティづくり活動を中心として活動している。

【主な活動内容】

- 医療的ケア児者支援に関わる人々が隔てなく繋がり、助けあうコミュニティを創造する活動
- 医療的ケア児者に対しての報酬単価を上げるための政策提言
- ホームページおよびSNSにおける情報発信

3. 加盟団体数（又は支部数等）：3団体（平成29年５月時点）

4. 会員数：親の部会205名（平成29年5月時点）

5. 代表：　代表　社会福祉法人むそう　戸枝陽基

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）医療的ケア児（者）の定義と判定方法（医療的ケア児者を報酬改正の加算の対象等にするとして）

「誰が医療的ケア児者なのか」 医療の進化で日々新たな状態像の対象者が現れる医療的ケア児者の特性を理解し、報酬改定で加算などを創設するに際し、支援を必要とする者の漏れのない定義・判定をお願いします

運動機能を考慮しない「医療的ケア」の定義（判定基準）を早急に設定し、対象となる児者は報酬評価上「重症心身障害」と同等に扱う（さらに医療的ケアに特化した支援を要する場合には当該支援に関する加算等を設定）

（2）医療的ケア児者が必要とする各サービス等の報酬改定・見直し提案

医療的ケア児者が障害福祉サービスの対象に位置付けられて初めての報酬改定です。利用が想定されるすべてのサービスにおける、「医療的ケア」への報酬的位置づけを再点検して頂けると幸いです

①医療的ケア児（者）の頼れる相談支援者の育成と配置のために
1、 医療的ケア児の退院は地域移行相談の対象とし、地域定着相談も対象に
2、 医療的ケアのコーディネーター養成を推進、計画相談の報酬に「仮称：医療的ケア児者コーディネーター配置加算」を創設

②すべての医療的ケア児の発達保障のために
児童発達支援、放課後等デイにおける医療的ケア児の受入れ促進（医療的ケア児（とりわけ立ち上がる・知的障がいがないもしくは軽い児が課題）を重心の報酬とした上で、さらに医療的ケア加算を上乗せ）

③医療的ケア（児）者の日中活動系サービスの確保のために
生活介護に「仮称：医療的ケア者（重心者）受入れ加算」を設定し、定員特例（定員5名で実施可能）を設定

④医療的ケア児者の親亡き後、住まいの確保のために
医療連携体制のあるグループホームにおける医療的ケア者の受入れ拡大（看護職または喀痰吸引等研修修了者が対応するGHに特別な加算設定）

⑤医療的ケア児者に対応出来るヘルパーの確保のために
ヘルパー（身体介護・行動援護など）に「仮称：医療的ケア者（重心者）対応加算」の創設

⑥重度障害者等包括支援等の対象拡大と活用（重度包括について医療的ケア児者はすべて対象とし、報酬を大幅に引き上げ）

⑦短期入所における「高度医療対応型類型」の新設、福祉と医療の両方で報酬請求可能で、医療は障害者施設等入院基本料（1,588点／1日）を適用

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）医療的ケア児（者）の定義と判定方法（医療的ケア児者を報酬改正の加算の対象等にするとして）

運動機能を考慮しない「医療的ケア」の定義（判定基準）を早急に設定し、対象となる児者は報酬評価上「重症心身障害」と同等に扱う（さらに医療的ケアに特化した支援を要する場合には当該支援に関する加算等を設定）

重症心身障害と医療的ケアの相違

	医療依存度	肢体不自由	知的障害
重症心身障害（重心）	医療依存度が高い者と低い者が混在（医療依存度は条件ではない）	重度の肢体不自由であることが条件	重度の知的障害であることが条件
医療的ケア（高度医療依存）	例外なく医療依存度が極めて高い	肢体不自由であるとは限らない（内部機能障害などの者も）	重度の知的障害であるとは限らない（知的障害は軽度またはない者も）

①平易で広い意味合いを持つ定義・定義に該当することで判定とする

「他者により日常的に施される医行為を受けながら生活している子ども」
・平成28年度厚生科学研究田村研究班報告書　奈倉道明：医療的ケア児の定義

②医療的ケア児（者）への理解が進んでいる自治体が行っている判定（3つのうちのどれかひとつ対象になれば良い）

1、大島分類による重症心身障害児判定
2、超重症児（者）・準重症児（者）スコアによる判定（6ヶ月状態が固定を前提、終末期など進行が速い場合判定不能）
3、医師の診断書・意見書によるよりイレギュラーな状態の子どもへのサービス支給決定をする

③より正確な判定基準の新設

医政局：平成28年度厚生科学研究前田班提案の「小児在宅医療推進のための研究班・生活支援のための運用のしくみグループ」の基準を活用
1、障害児に係る支給決定のための調査（5領域11項目）
2、移動機能を除外した準・超重症児判定スコアによる区分
3、見守り度の評価（不安定な身体機能、医療ケアのシビアさ、児者の行動などによる見守りの難度を判定）
4、療育機能評価（主たる介護者を中心とした介護チームの支援力やストレス度を勘案する）

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）

（2）医療的ケア児者が必要とする各サービス等の報酬改定・見直し提案

①医療的ケア児（者）の頼れる相談支援者の育成と配置のために

1、 医療的ケア児の退院は地域移行相談の対象とし、地域定着相談も対象に

精神障害者の相談支援・サービス体系は、医療・福祉が連携して支援をすることを前提に組み立てをされているという意味において、同じく医療・福祉連携を必要とする医療的ケア児（者）にとって親和性の高いものになっています。
精神障害者に認められている相談支援の制度、加算を医療的ケア児（者）にも認めてください。

2、 医療的ケアのコーディネーター養成を推進、計画相談の報酬に「仮称：医療的ケア児者コーディネーター配置加算」を創設

医療的ケア児（者）の相談支援を行うにあたり、医療者（看護師）による病態や状況などのアセスメントが欠かせません。出来れば医療者を配置出来る、少なくとも相談支援センターに医療的ケア児（者）に関しての知識・経験のある者が配置される加算をお願いします。

【提案の背景】

医療的ケア児が病院から退院し在宅に移行するにあたり、家族介護のみをすべての前提にされ、福祉サービスはおろか、訪問看護ステーションとの連携すらもマネジメントされないままの退院に至るケースがあります。

結果として、睡眠がまとまって取れない状態で、終わる見通しのないケアを家族介護のみで行っているケースが多くあります。

「在宅に移行するにあたり、誰に相談すればいいのかわからなかった」「障害者相談支援専門員にお願いしたら医療的ケアのある人は福祉相談の対象外だと言われた」当団体の家族の声です。

また、医療的ケア児（者）の相談支援に積極的な相談支援専門員達は、今の過重な相談支援業務の中、状態が変わりやすいために見守りの頻度が高く、医療的な知識も必要とされ、多職種連携が求められる医療的ケア児（者）のケースを抱えるのは、1、2ケースが限界であると言います。

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）

②すべての医療的ケア児の発達保障のために

児童発達支援、放課後等デイにおける医療的ケア児の受入れ促進（医療的ケア児（とりわけ立ち上がる・知的障がいがないもしくは軽い児が課題）を重心の報酬とした上で、さらに医療的ケア加算を上乗せ）

③医療的ケア（児）者の日中活動系サービスの確保のために
生活介護に「仮称：医療的ケア者（重心者）受入れ加算」を設定し、定員特例（定員５名で実施可能）を設定

④医療的ケア児者の親亡き後、住まいの確保のために
医療連携体制のあるグループホームにおける医療的ケア者の受入れ拡大（看護職または喀痰吸引等研修修了者が対応するGHに特別な加算設定）

⑤医療的ケア児者に対応出来るヘルパーの確保のために
ヘルパー（身体介護・行動援護など）に「仮称：医療的ケア者（重心者）対応加算」の創設

⑥重度障害者等包括支援等の対象拡大と活用（重度包括について医療的ケア児者はすべて対象とし、報酬を大幅に引き上げ）

⑦短期入所における「高度医療対応型類型」の新設、福祉と医療の両方で報酬請求可能で、医療は障害者施設等入院基本料（1,588点／１日）を適用

【提案の背景】

障がい者総合支援法の旧来の報酬体系に、「医療的ケア」への評価がどのように反映されているのか。「医療的ケア児者」が法律に位置付けられた初めての報酬改定だとして、再点検をお願いしたいと思います。

低体重で生まれた子どもが自閉症や発達障害を高い確率で持つことは、アメリカなどを中心に、エビデンスが積み上げられ、今や常識となっています。医療的ケアが必要な子どもの多くが早い月齢で生まれてくるとして、医療的ケアと発達障害などの療育を合わせて提供できる支援者の確保・養成が求められます。
そのためには、例えば外出支援にあたるとして、行動援護対象の自閉症・発達障害＋気管切開をしてカニューレを付けている、胃ろうを付けているために感染症などへの医療的配慮がいる、といった対象者には、「行動援護の報酬＋医療的配慮が出来る人材を配置する報酬」が合わせて保証される必要があります。

同じく、「重症心身障害」の概念は、基本的に医療的な依存度を勘案していませんから、重症心身障害＋医療的ケアが必要となれば、「重症心身障害の加算＋医療的ケアを提供する報酬」が合わせて提供される必要があります。

（参考資料）

「医療的ケアを必要とする障害児・者等に対する生活実態調査」結果報告

世田谷区における医療的ケアを要する障害児・者等に関する実態調査報告会

2015年6月27日

株式会社三菱総合研究所
人間・生活研究本部　高森　裕子

Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

事業全体の概要

事業名	東京都在宅療養推進区市町村支援事業 「東京都保健医療計画に掲げた課題を解決するために実施する在宅療養体制の構築」
実施主体	世田谷区、(社福)むそう
事業目的	■ 世田谷区には公立の小児専門病院があり、医療ニーズを有する在宅の障害児・者等が多く居住 ■ 地域の医療機関、訪問看護、相談支援事業者等の連携→医療・介護サービスの提供や相談支援等を充実 ■ 医療ニーズを有する障害児・者に対する在宅療養支援体制を構築
事業内容	■ 検討の推進:地域の医師会、病院、訪問看護、福祉施設等で構成する会議体を設置 ■ 対象者の実態把握:アンケート調査、ヒアリング調査 ■ 医療・介護の資源調査 ■ 医療・介護サービス基盤、相談支援の充実 ■ 担い手の人材育成等 ■ ネットワークづくり:障害児・者に対応する医療・介護等の関係者による地域のネットワーク会議を開催

Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

調査の概要

調査名	在宅で医療的ケアを必要とする方へのアンケート調査
調査対象	以下の条件全てを満たす者 ■ 世田谷区在住 ■ 医療的ケアを継続的に必要とする（障害者手帳を取得していない場合を含む） ■ 平成27年3月31日時点で65歳未満 ■ 現在、在宅で生活している（施設入所中・長期入院中は除く）
調査方法	■ 調査票を郵送、または、手交で配布 ■ 郵送回収
調査時期	平成26年10月～平成27年2月

※「医療的ケア」の範囲※

「医行為」とは異なり、日常生活に不可欠な生活援助行為であって、
長期にわたり継続的に必要とされる以下のようなケアをさす。

気管切開、人工呼吸器、吸引、エアウェイ、在宅酸素、経管栄養、胃瘻、中心静脈栄養、導尿、腹膜透析、尿道留置カテーテル、ストマ、腸瘻等

Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

基本情報：年齢

■ 本人の年齢

		人数	割合	
就学前	0歳	2	4%	2%
	1歳	12	24%	9%
	2歳	7	14%	6%
	3歳	4	8%	3%
	4歳	10	20%	8%
	5歳	4	8%	3%
	6歳	11	22%	9%
	合計	50	100%	39%
就学後	6歳	4	5%	3%
	7歳	20	26%	16%
	8歳	5	7%	4%
	9歳	4	5%	3%
	10歳	6	8%	5%
	11歳	12	16%	9%
	12歳	5	7%	4%
	13歳	4	5%	3%
	14歳	4	5%	3%
	15歳	7	9%	6%
	16歳	2	3%	2%
	17歳	3	4%	2%
	合計	76	100%	60%
無回答		1	－	1%
全体		127	－	100%

■ 本人の学年（就学後）

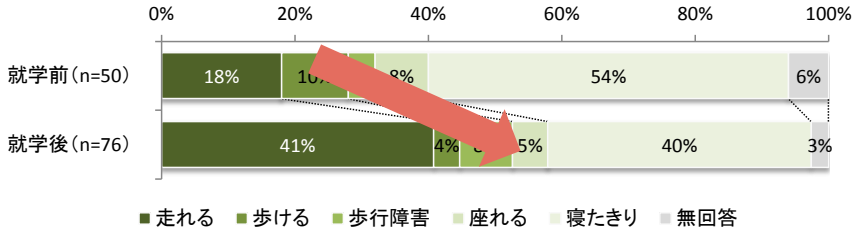
	人数	%	人数	%
小学1年生	16	21%	31	41%
小学2年生	12	16%		
小学3年生	3	4%		
小学4年生	4	5%	19	25%
小学5年生	8	11%		
小学6年生	7	9%		
中学1年生	4	5%	15	20%
中学2年生	6	8%		
中学3年生	5	7%		
高校1年生	5	7%	8	11%
高校2年生	3	4%		
高校3年生	0	0%		
無回答	3	4%	3	4%
全体	76	100%	76	100%

全数を網羅できたわけではないが、
幅広い年齢層の実態を把握できた

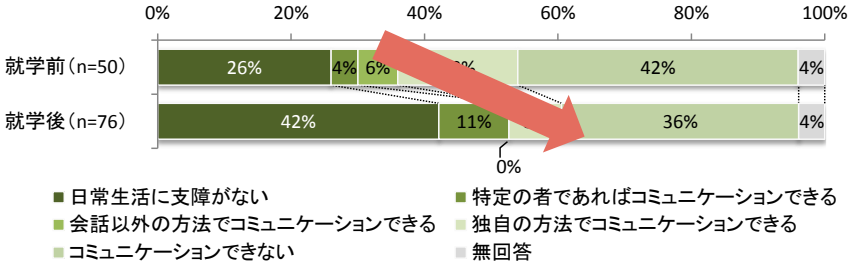
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

基本情報：心身の状態

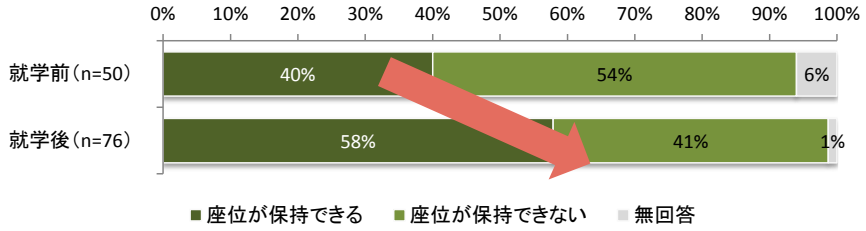
■運動機能



■ コミュニケーション



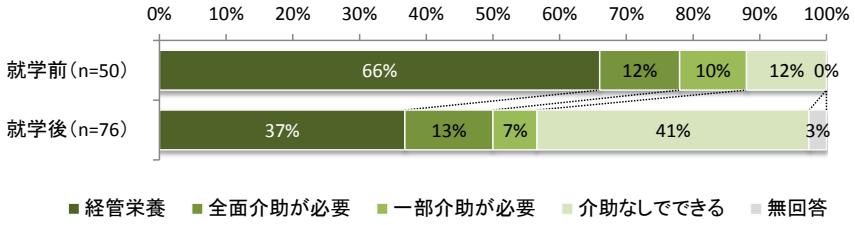
■ 座位保持



Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

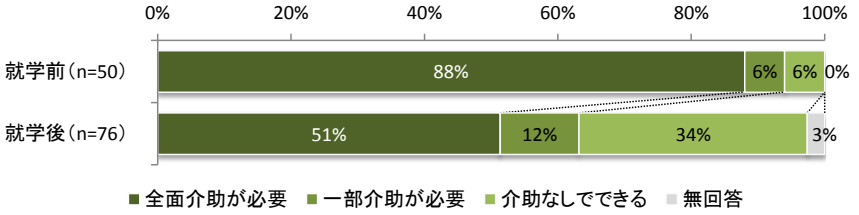
基本情報：日常生活での介助の要否

■ 食事



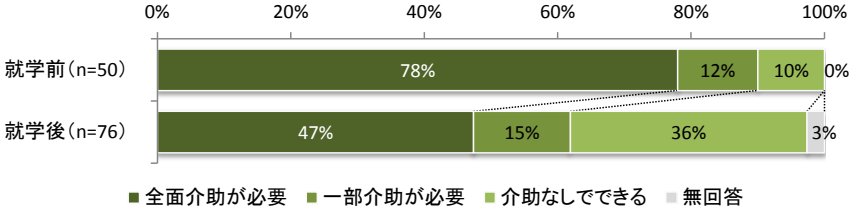
⇛外部サービスの利用：就学前18%、就学後9%

■ 入浴



⇛外部サービスの利用：就学前30%、就学後45%

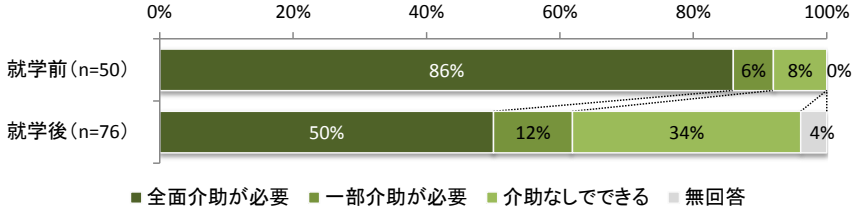
■ 衣服等の着脱



⇛外部サービスの利用：就学前20%、就学後21%

就学後、年齢が上がるにつれて
介助の必要度は低く・・・

■ 排泄・排便



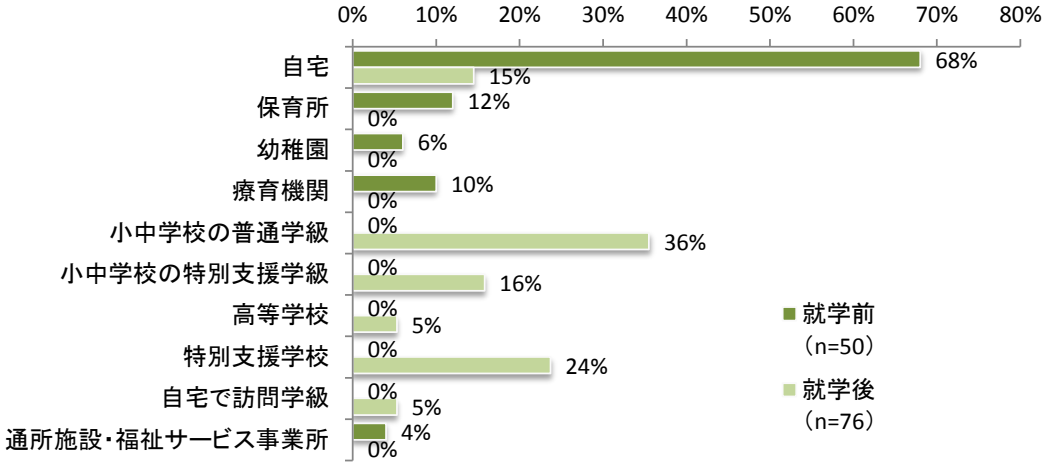
⇛外部サービスの利用：就学前24%、就学後19%

入浴については、就学後、年齢が
上がるにつれて外部サービスを利用

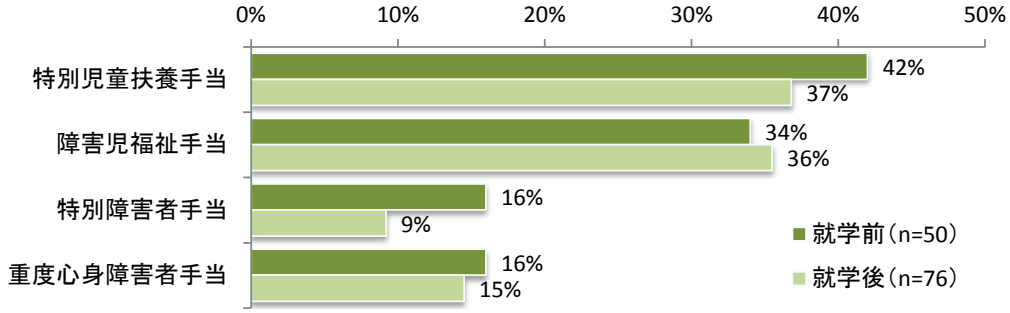
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

基本情報：日中活動、手当等

■日中の主な生活の場



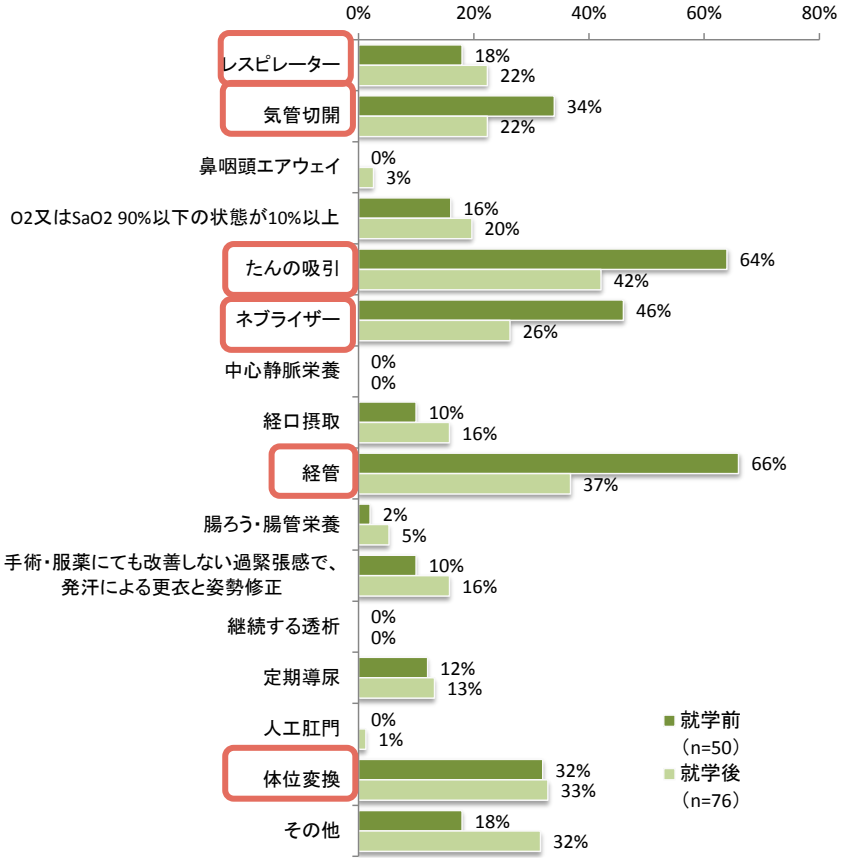
■ 手当等の受給状況



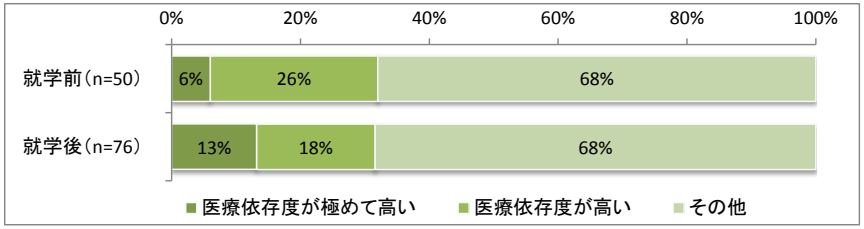
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

医療ニーズ:日常的に必要な医療的ケア

■日常的に必要な医療的ケア



■ 医療依存度の高低

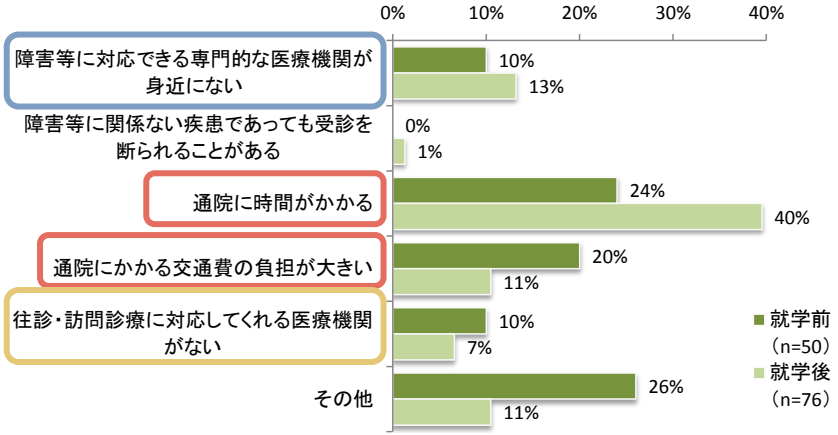


※医療依存度は、「超重症児スコア」に準じて算出。

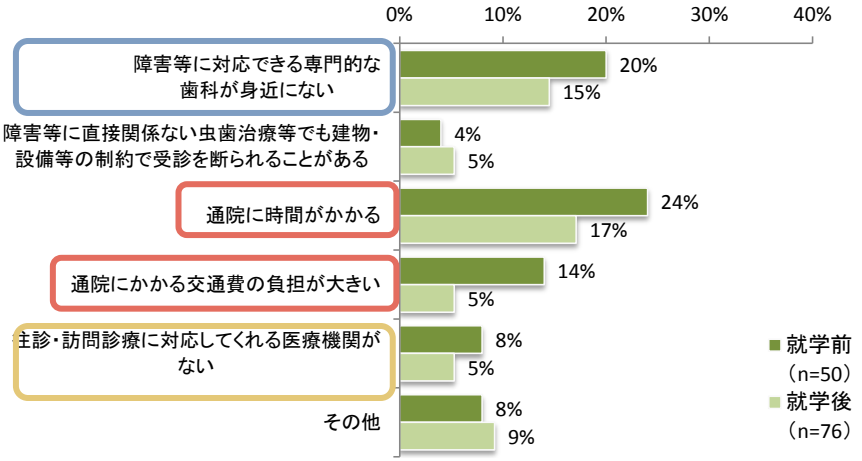
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

医療ニーズ:通院等で困っていること

■一般診療科



■ 歯科



①通院時間・交通費の負担

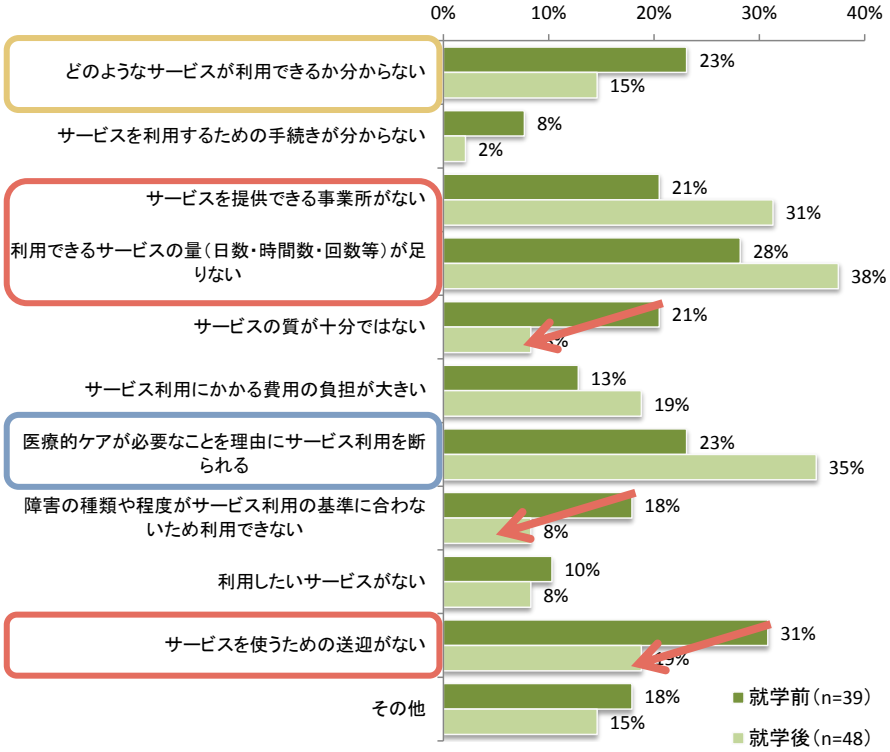
②往診・訪問診療してもらえない

③障害に対応できる専門機関がない

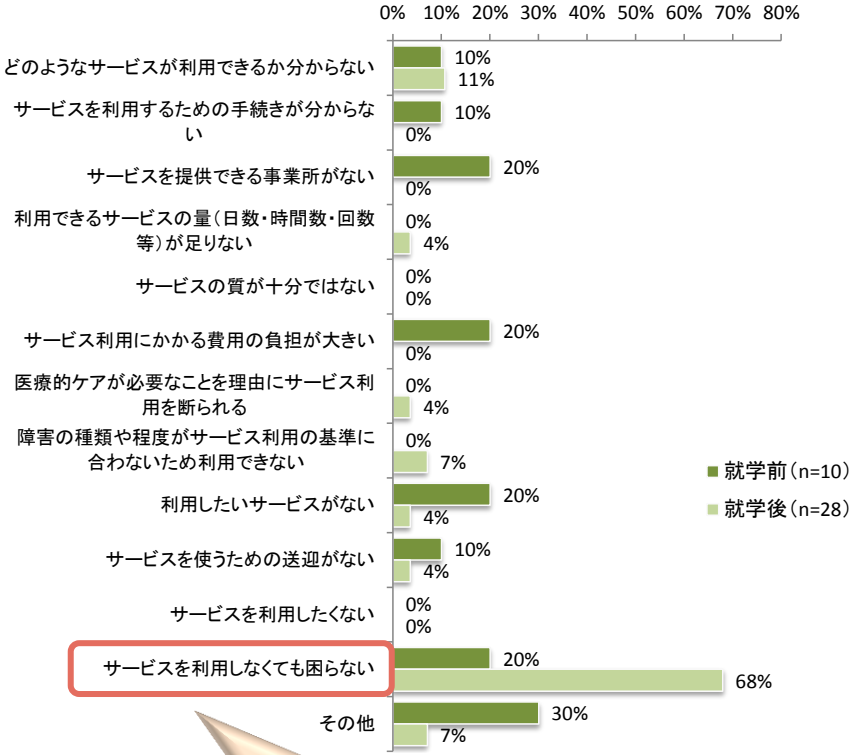
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

福祉ニーズ:サービス利用の困りごと

■サービスを利用する上での困りごと



■ サービスを利用していない理由

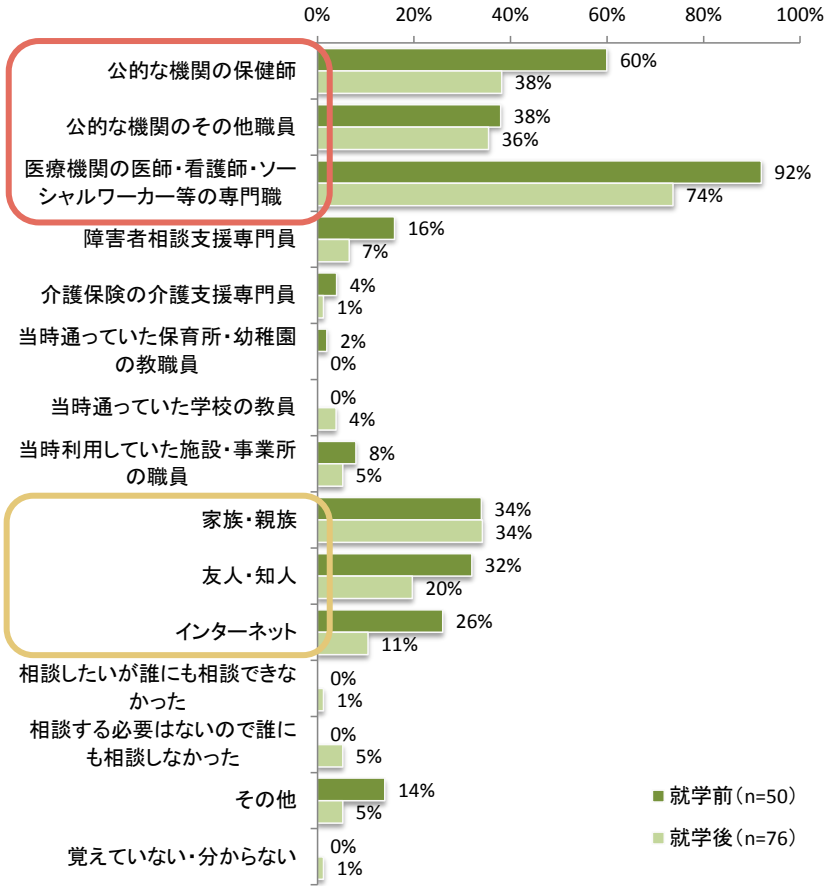


本当に困らないのならよいが、
必要十分な情報は届いているか？

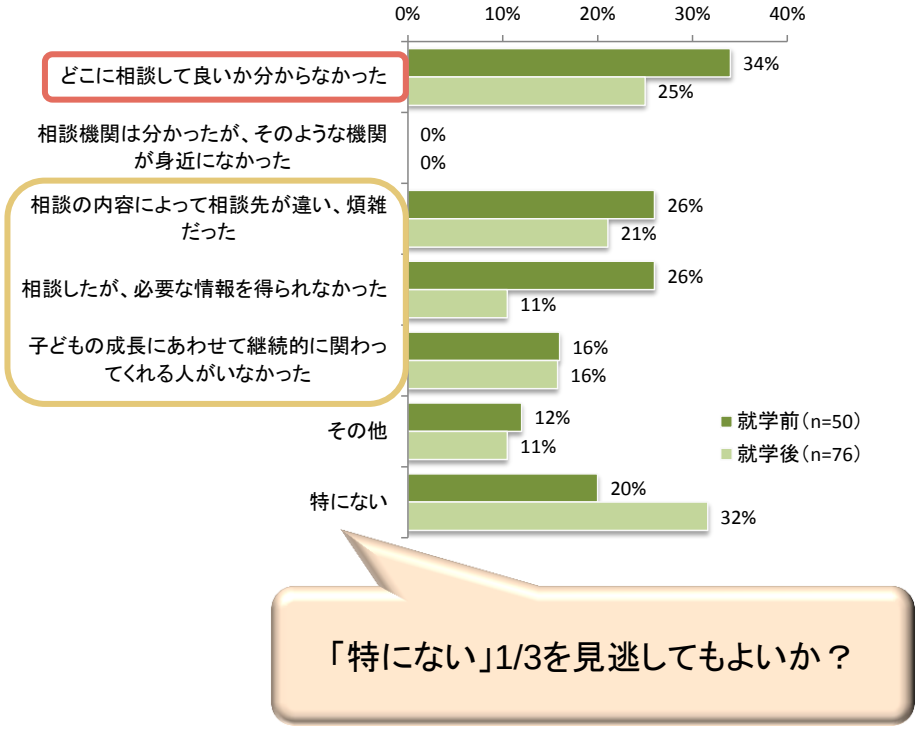
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

在宅生活を始めるに当たっての相談

■相談先



■ 相談で困ったこと

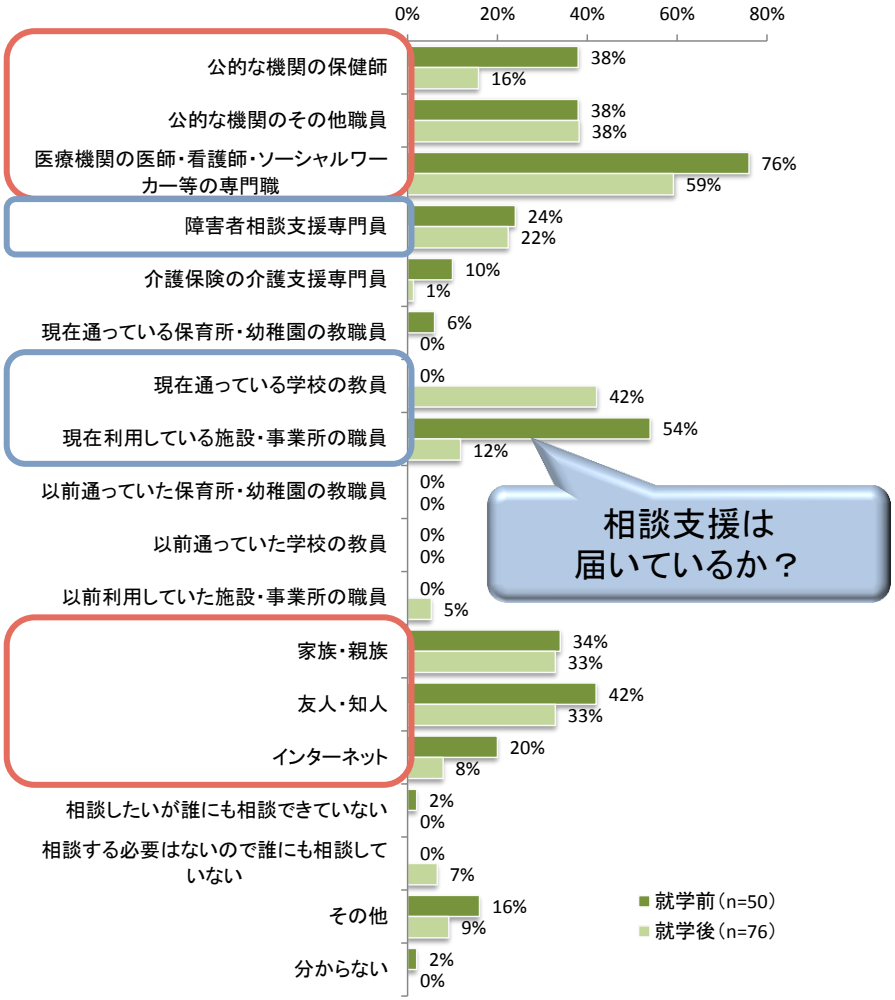


「特にない」1/3を見逃してもよいか？

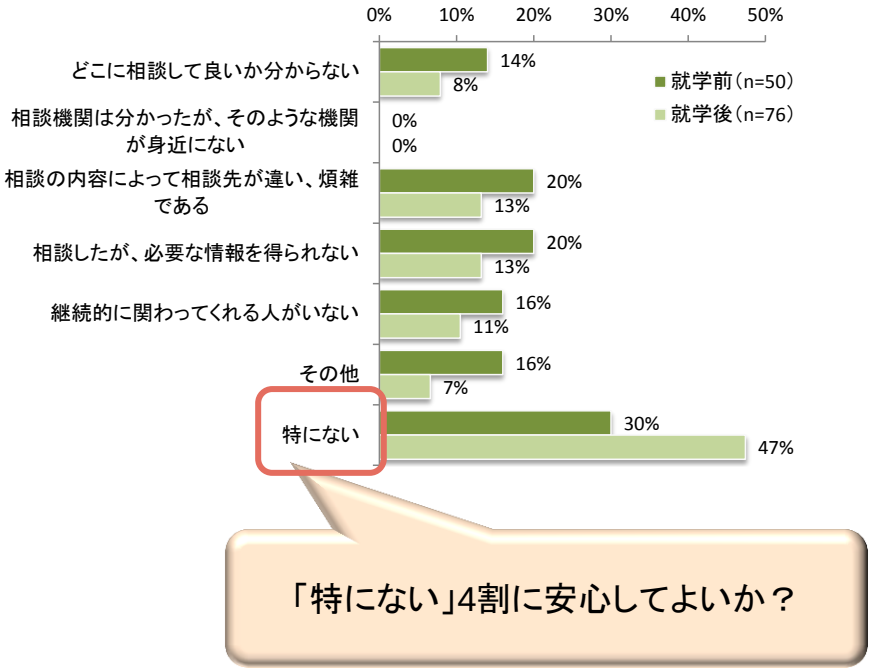
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

現在の在宅生活上の相談

■相談先



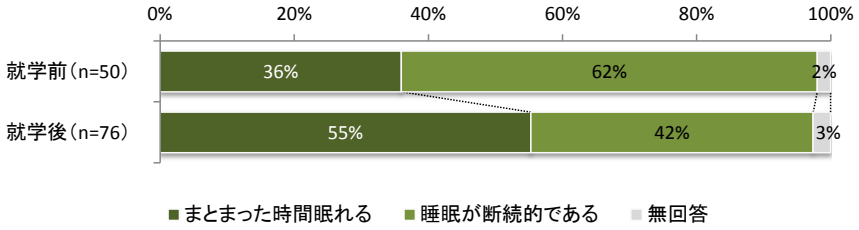
■ 相談で困ったこと



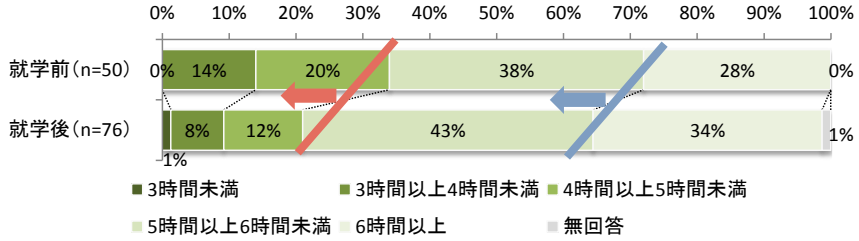
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

介護･看護者の状況：睡眠、サポート体制

■ 睡眠の形態



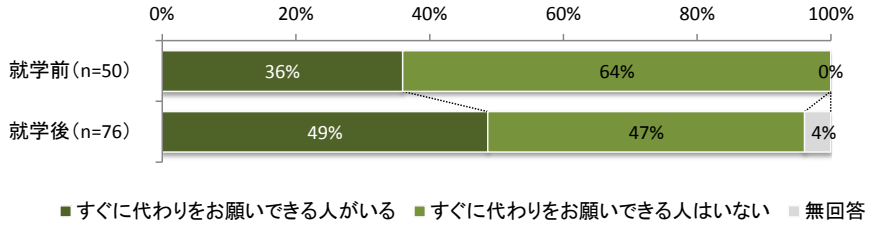
■ 1日の平均睡眠時間



厚生労働省H23国民･健康栄養調査
20歳以上1日の平均睡眠時間
「5時間未満」は7%

「6時間未満」は34%

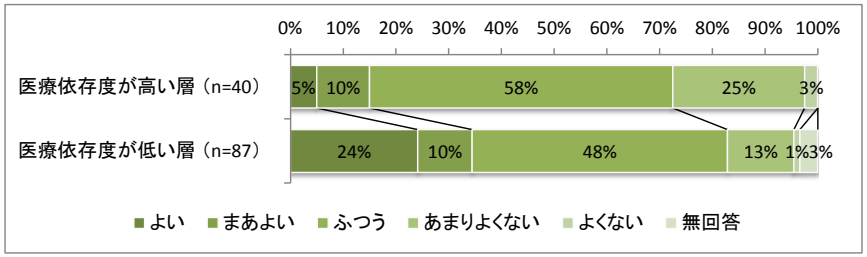
■ 代わりをお願いできる人の有無



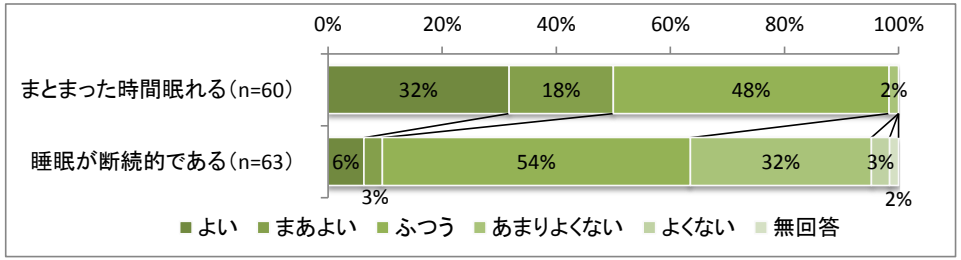
Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

介護･看護者の状況：より詳しく…

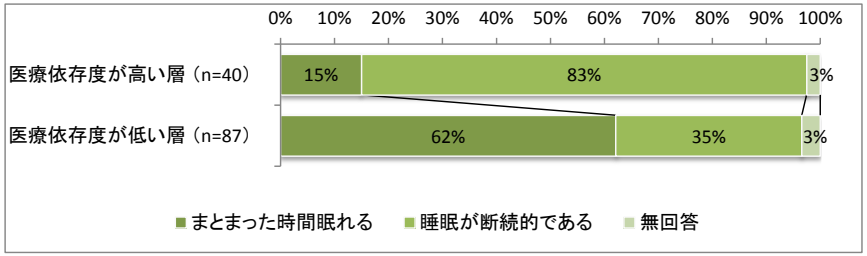
■ 健康状態；医療依存度別



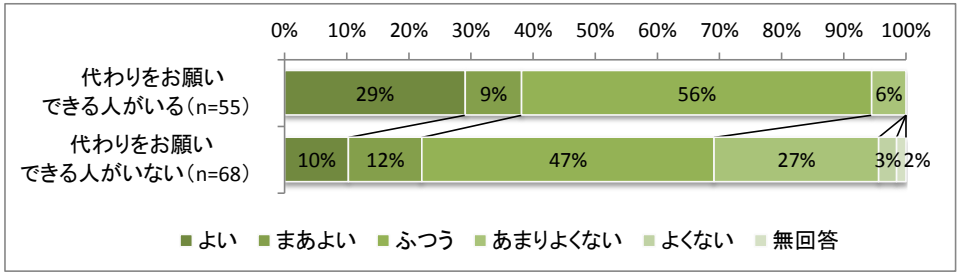
■ 健康状態；睡眠の形態別



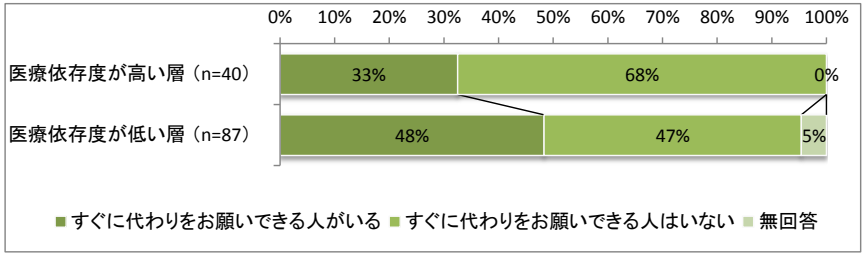
■ 睡眠の形態；医療依存度別



■ 健康状態；代わりをお願いできる人有無別

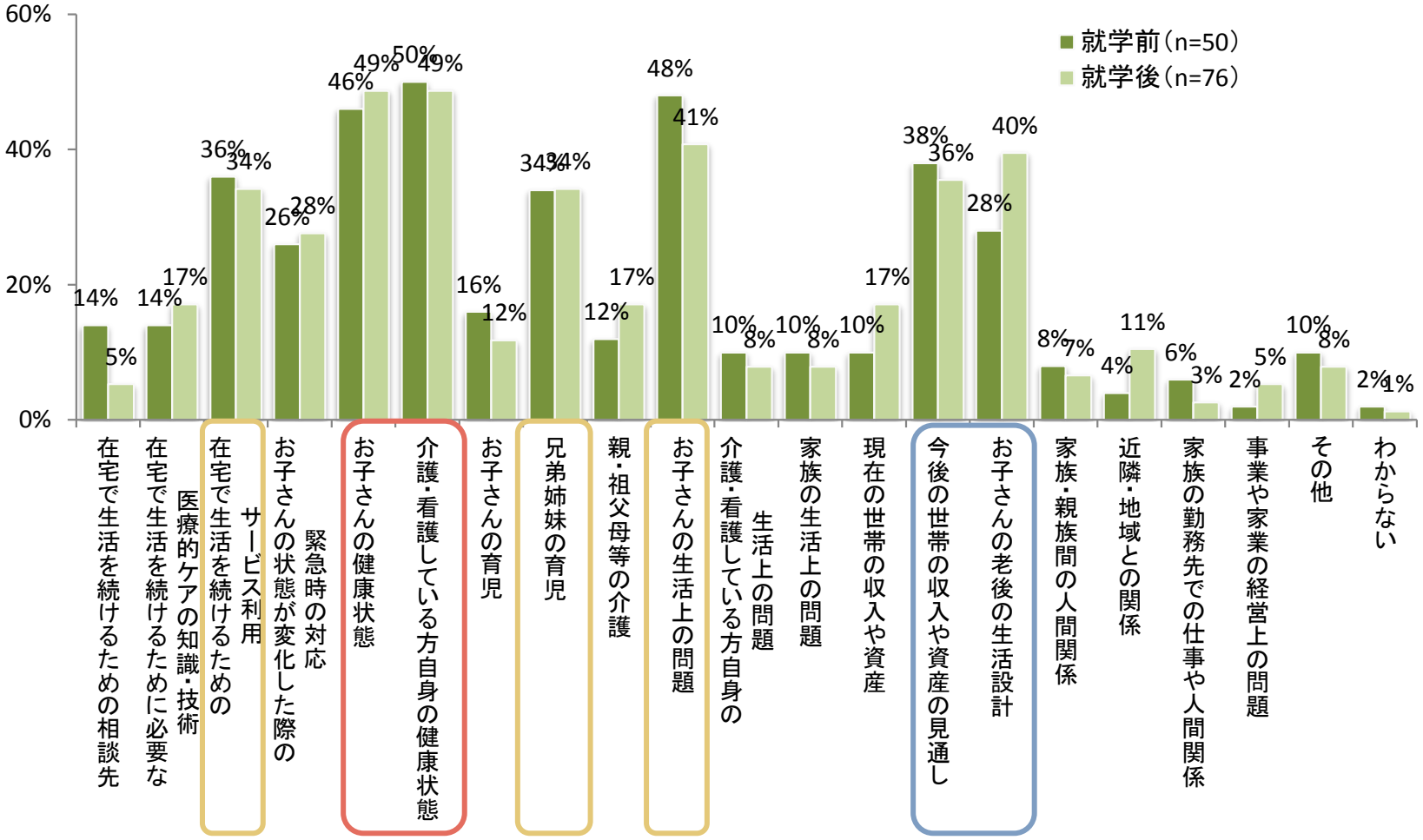


■ 代わりをお願いできる人；医療依存度別



Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

介護･看護を行うに当たっての不安･悩み



Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

全国につながる論点

相談支援体制

- 医療機関、公的機関等の「受動的」な相談先がトップ
- 相談支援専門員≒学校・事業所（直接支援している機関）
- 相談で困っていることは「特にない」？

暮らしを支える身近な医療機関＋専門的な医療機関

- 身近で往診・訪問診療もできる医療機関の拡大
- 障害等に対応できる専門的な医療機関の広域での確保

医療的ケアに対応できる生活支援サービス

- サービスの量が足りない
- 医療的ケアが必要なことを理由に断られる
- サービスへのアクセス（情報、送迎）

孤立しがちな介護・看護者

- 厳しい健康、睡眠状態
- 代わりをお願いできる人の不在

Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第４回（H29．７．13）	ヒアリング資料10

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　日本精神神経科診療所協会

会長　渡辺　洋一郎

公益社団法人　日本精神神経科診療所協会の概要

1. 設立年月日：平成7年3月15日

2. 活動目的及び主な活動内容：

精神科診療所の資質の向上を図るとともに、精神保健に関する事業を行い、もって精神障害者の福祉の増進及び精神科医療ならびに国民の精神保健の向上に貢献することを目的とする。

【主な活動内容】

- 診療所における地域精神保健医療福祉事業についての調査・研究
  （例：重度認知症患者デイケア実態調査、精神科診療所における自殺実態調査等）
- 精神保健福祉及び精神科医療に関する正しい知識の普及及び相談事業
  （例：認知症、産業メンタルヘルス、女性のメンタルヘルス、自殺対策等の講演会開催等）
- 精神保健医療福祉に関する教育研修及び広報事業
  （例：チーム医療・地域リハビリテーション研修会、協会誌の発行等）
- 精神保健医療福祉に関する調査研究に対する助成事業
  （例：田中健記念研究助成事業）
- 災害時における精神保健医療福祉に関する支援事業
  （例：災害支援対策全国会議等）

3. 加盟団体数（又は支部数等）：地区協会47団体（平成29年5月時点）

4. 会員数：1697名（平成29年5月時点）

5. 法人代表：　会長　渡辺　洋一郎

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. 医療と福祉の連携が重要である。

相談支援事業所が医療機関と連携し、計画相談(サービス利用支援）やモニタリングを行う場合に評価すること。
障害福祉サービス事業所が医療機関と連携し、個別支援計画を作成する場合に評価すること。
医療機関が障害福祉サービスと情報共有し、上記に対応した連携を行う場合に評価すること。

2. 質の高い相談支援（ケアマネジメント）が重要である。

障害福祉サービスの手配に終始するブローカ型相談支援だけでなく、相談支援専門員が行う直接支援を評価すること。
とりわけ、サービスに繋がる前の支援、繋がった後の定着支援を評価すること。

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

1. サービス利用のアセスメントは丁寧に行う必要がある。

利用者の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向などのアセスメントを丁寧に行い、適切な障害福祉サービスに繋げる必要がある。たとえば、就労移行支援のプログラムを行いながら、就労継続支援B型の適性をアセスメントすることは困難である。人材を揃え、専門性をもったアセスメント機能については別立ての評価が必要である。

2. 体験利用を積極的に活用すべきである。

サービスを利用する前の不安や迷いに寄り添い、関係作りを行い、サービスに繋いでいくために、体験利用者には格別の配慮が必要である。サービスの体験利用に対して積極的評価が必要である。

3. 再チャレンジを勧める仕組みが必要である。

就労移行支援や生活訓練など標準的利用期間が定められているサービスは、利用終了したり中断した場合には、特別な理由がない限りは再利用は認められない。そのため、サービス利用を終了したり、中断したまま、いずれのサービスにも繋がらず引きこもってしまっている場合が多い。再チャレンジの機会を保障すべきである。

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

1. PSW等の配置を評価するなど、専門性を確保すべきである。

障害福祉サービスへの営利産業の参入が目立つが、企業の論理が優先される場合がある。障害福祉サービス事業所にはPSW・公認心理師・看護師などの専門職を必置とし、その専門性を確保すべきである。

2. ピアの積極的活用が必要である。

障害福祉サービス事業所に、一定以上のピアスタッフを採用した場合はそれを評価することが必要である。

3. 就労に向けて出口の整備が必要である。

職場体験実習受入協力事業所を広く確保すること。重い精神障害者の場合、正式雇用に向けて期間限定的に雇用率カウントの工夫が必要である。とりわけ就労定着に向けた支援が重要であり、医療機関のPSW等コメディカルの活動の評価が必要である。

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

◆ 医療と福祉の連携が重要である。

精神障害は疾患と障害の両側面があり、その地域ケアは医療と福祉が協力連携して包括的に行われる必要がある。しかし、今日に至るまで、医療と福祉に共通の言語が育っておらず、医療と福祉をつなぐ回路は確保されていない。そのため、以下の評価を行うことによって、医療と福祉の連携を進めていく必要がある。

①相談支援事業所において、医療と連携した計画相談を行う場合に評価する必要がある。具体的には、医療機関のPSWなどが参加したケア会議を開催したり、主治医との情報共有などにより、医療機関と連携して計画相談やモニタリングを行う場合に評価する。
②医療機関の看護職員が事業所を訪問して看護を行う場合などに、医療連携体制加算が認められているが、それだけでなく障害福祉サービスにおいて医療と連携した個別支援計画作成を評価する必要がある。具体的には、医療機関のPSWなどが参加したケア会議を開催したり、主治医との情報共有などにより、医療機関と連携して個別支援計画作成を行う場合に評価する。
③医療機関による障害福祉サービスとの連携への評価も必要である。具体的には、医療機関のPSWなどがケア会議に参加したり、主治医との情報共有などにより、相談支援が行われたり個別支援計画が作成された場合に評価する。

◆ 質の高い相談支援（ケアマネジメント）が重要である。

精神障害の場合、病気としての側面と障害としての側面を統合していくことに、困難を感じることが多い。様々な生活上の困難を抱えるなかで、障害として受け入れても、病気である以上いつかは治ることをあきらめた訳ではない。このような揺れと付き合いながら、やがては障害を受容し新たな目標を見出すまでのプロセスは容易なことではない。この長いプロセスを伴に歩むケアマネジメントが重要である。そのため、障害福祉サービスの手配に終始するブローカ型相談支援だけでなく、相談支援専門員が行う直接支援を評価する必要がある。

とりわけ、サービスに繋がる前の支援が重要である。精神障害の場合、自ら援助を求めなかったり、求める力の弱い人たちも多く、サービスに繋げていく支援には高い専門性が求められる。サービスに繋げていくための支援への評価が必要である。また、一旦サービスに繋がっても中断してしまうことも多い。サービス定着していくための支援にも高い専門性が求められる。週一回以上の支援を行うような、集中支援を行っても、現状の相談支援では評価されない。サービスに繋がった後の、丁寧な定着支援への評価が必要である。

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

◆ サービス利用のアセスメントは丁寧に行う必要がある。

利用者の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向などのアセスメントを丁寧に行い、適切な障害福祉サービスに繋げる必要がある。アセスメント抜きの、サービスの押し付けにならないような注意が求められる。利用者の適性を見極めるだけでなく、利用者と障害福祉サービスとのマッチングについて、総合的にアセスメントする必要がある。

たとえば、就労経験のない方などが就労継続支援B型を利用する場合には、就労移行支援でのアセスメントが必要とされているが、就労移行支援のプログラムを行いながら、片手間に就労継続支援B型の適性をアセスメントすることは無理がある。人材を揃え、専門性をもったアセスメント機能をもつ事業にたいして、別立ての評価が必要である。

◆ 体験利用を積極的に活用すべきである。

サービスを利用する前には不安や迷いが生じやすい。一旦利用を決めたとしても、一歩踏み出していくことにためらいを覚えることも少なくない。そのため、体験利用者には格別の配慮が必要である。サービスの体験利用を通して、不安や迷いを払拭し、サービスの継続利用に繋げていくことが可能となる。サービスの体験利用はサービス利用の入り口にあって、その後の継続的なサービス利用を決定づける重要な役割を果たしている。

しかし、日常のサービス提供を行いながら、体験者の不安や迷いに寄り添い、情報提供を行いつつ、関係作りを行いながら、サービスに繋いでいくのは簡単な業務ではない。サービスの体験利用を受け入れていくためには、その為の人材と専門性の確保が必要である。サービスの体験利用に対して積極的評価が必要である。

◆ 再チャレンジを勧める仕組みが必要である。

就労移行支援や生活訓練など標準的利用期間が定められているサービスは、利用終了したり中断した場合には、特別な理由がない限りは再利用は認められない。そのため、サービス利用を終了したり、中断したまま、いずれのサービスにも繋がらず、引きこもってしまっている場合が多い。また、病状の揺れにともなって、安定してサービス利用を継続することができず、サービスを中断したまま標準的利用期間を消費してしまうことも多い。

サービス利用が一旦終了した場合でも、一定の期間ののちに、自立と社会参加に向けて、再チャレンジの機会を保障すべきである。

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

◆ PSW等の配置を評価するなど、専門性を確保すべきである。

障害福祉サービスへの営利産業の参入が目立つ。その中には、精神障害者の地域生活を継続的に支援するよりも、企業の論理が優先される場合がある。異業種の参入によって、就労支援の活性化などが期待される面もあるが、企業の論理に流されない、高い専門性、倫理性が求められる。

障害福祉サービス事業所にはPSW・公認心理師・看護師などの専門職を必置とし、その専門性を確保するとともに、高い倫理性を担保する必要がある。

◆ ピアの積極的活用が必要である。

障害福祉サービスにおけるピアの役割は大きく、ピアの積極的活用が必要である。新しくサービスを利用する人は、モデルとしてのピアの活動に触れることにより、勇気づけられ、未来を展望することが可能になる。ピアの活用は、サービス利用者からサービス提供者に役割転換を促すだけでなく、ともに生きていく社会の実現に向けた一歩となる。

障害福祉サービス事業所に、一定以上のピアスタッフを採用した場合はそれを評価することが必要である。

◆ 就労に向けて出口の整備が必要である。

就労支援を受けた後も、就労の場を確保できず、徐々に就労意欲を亡くしていくことも多い。職場体験実習は、受け入れた企業と利用者双方に報奨金を支給するなどにより、就労へ向けたインセンティブとなりうる。職場体験実習受入協力事業所を広く確保することが重要である。

重い精神障害者の場合は、雇用率のカウントを期間限定的に2カウントとすることや、週20時間勤務することが困難な精神障害者には、20時間未満の勤務も期間限定的にカウントの対象とし、正式雇用に向けて段階的に受け入れていくなどの工夫が必要である。

また、精神障害者は就労ができても、定着に課題がある場合が多いため、定着に向けた支援がとりわけ重要である。病状の揺れにきめ細かく対応しながら、就労定着を支援していくためには、職場と医療機関をつなぐ役割が求められる。その際、医療機関のPSW等コメディカルによる活動の評価が必要である。

参考資料

精神科診療所からみた精神科医療のビジョンプロジェクト報告書2016総説からの抜粋

公益社団法人日本精神神経科診療所協会

Ⅷ　福祉との関係

Ⅷ-1　障害者施策の変遷

昭和58年(1983年)に始まった国連・障害者の10年をうけて、日本の精神科医療の閉鎖性を変えていく動きが加速された。それはちょうど、精神科診療所の増加などにともなう通院精神医療の充実と、精神障害への福祉的サービス重視への流れと重なっている。

平成5年(1993年)12月には障害者基本法が制定された。そこではじめて精神障害も他障害と同等のサービスを受けることができる「障害」として認知された。それまで精神障害に対しては、身体障害、知的障害に比べて福祉サービスが立ち遅れていた。精神障害に対する社会的偏見、権利擁護運動の低迷、そして精神障害の定義をめぐる混乱などが背景にあった。

その後次々と、新しい精神保健医療福祉施策が押し進められた。平成7年(1995年)障害者プランが策定され、市町村には精神障害者を含む障害者支援計画の策定が求められた。平成7(1995)年にはこれまでの精神保健法が、精神保健福祉法と名称変更され、医学モデルと生活モデルの統合が図られた。平成16年(2004年)の精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策が示された。

Ⅷ-2　障害者自立支援法の制定

平成18年(2006年)には障害者自立支援法が制定された。3障害に対するサービスを共通のものとし、その提供の主体が市町村に一元化された。障害福祉サービス関係予算が義務的経費化され、その後の10年間で2倍以上となっている。（図1）障害者自立支援法は、平成24年(2012年)に障害者総合支援法に改められ、今日に至っている。

精神障害は疾患と障害の両側面があり、その地域ケアは医療と福祉が協力連携して行われるのは当然であろう。しかし入院治療が中心的役割を果たしていた頃は、医療が患者の生活を抱え込んでしまうという懸念が強かった。医師を中心としたヒエラルヒーへの反発もあり、福祉関係者の医療への不信感・警戒感はかなり強いものがあった。今日に至るまで、医療と福祉に共通の言語が育っていないのが現状である。

精神疾患を持ち日常生活において障害を抱えた状態から、回復に至る過程をリハビリテーションとよぶなら、その過程は医療も福祉も渾然一体となって進むはずであろう。わが国においては、医療と福祉が別建ての仕組みになっているため、無用な摩擦が生じてしまいがちである。医療と福祉をつないでいくための、双方からの特別な工夫が必要である。就労支援にしても居住支援にしても、医療の下支えが必要である。

Ⅷ-3　医療と福祉をつなぐ回路

精神障害者に対する福祉サービスはそれなりに整えられてきてはいるが、障害者自立支援法成立以降も、医療と福祉をつなぐ回路は残念ながら確保されていない。入院治療が終了すれば、あとは障害者福祉の充実があれば精神障害者の地域生活は支援していけるというような乱暴な議論も目についた。

障害者総合支援法になっても、障害区分判定に主治医の意見は必ずしも必要はないし、その結果が主治医に報告されることもない。福祉サイドで作成されたケアプランが主治医に報告されることも、必ずしも求められていない。市町村において必置とされた自立支援協議会に医療機関の意見は必ずしも必要とされていない。3障害を統合することによって、共通の支援体制を創り出したのだが、医療からの関与が難しい仕組みとなっている。

Ⅷ-4　相談支援体制について

　障害者総合支援法の大きな柱の一つが、相談支援体制の充実である。相談支援はケアマネジメントの訳語であり、本来は医療を含めたすべてのサービスに係っているはずである。しかし、わが国では障害福祉サービスの手配を中心としたブローカ型のものとして限定的な役割となっている。医療機関においても、ケアマネジメント機能を持っていく必要があるが、そのような仕組みになっていない。
　そのような中で、障害者総合支援法においてH27年3月までにすべてのサービス利用者に計画相談を作成することが決められている。ところがH27年3月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者16.3万人に対して、3.2万人しか計画相談を作成できていない。（図2）その後も圧倒的に少ない相談支援体制のなかで、全国的にかなり無理をして、100%作成率を目指して悪戦苦闘している状況が続いている。出来上がった計画相談は必ずしもそれぞれの利用者の個別のニーズに配慮したものになっているとは言えないし、作成している相談支援専門員には疲弊が見られる。

Ⅷ-5　日精診版社会支援(NSS)サービス

　日精診では、医療機関におけるケアマネジメント機能を充実させていくために、日精診版社会支援(NSS)サービスを作成している。（図3）医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会全体の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しながら、個別の支援計画を作成していく必要がある。今のところ、その様な行いには対価がないが、制度としての相談支援体制とうまくリンクさせていく仕組みが必要である。医療機関の作成した個別支援計画も計画相談に組み込むことができるようになることが望ましい。
　障害者のケアマネジメントは、ともすると医療的ニーズが減少あるいは終了した段階で、福祉的サービスの手配を中心にサービスを組み立てていくものという誤解が発生しやすい。しかし精神障害は疾病という側面と障害という側面をあわせ持っているという特徴がある。医療サービスを省略したケアマネジメントはあり得ない。医療と福祉をはじめとした、様々な社会資源の連携のなかで、障害者の自立と社会参加が実現されていくべきであろう。医療へのアクセスを十分に保証し、症状の変化にきめ細かく対応できる支援体制が望まれる。

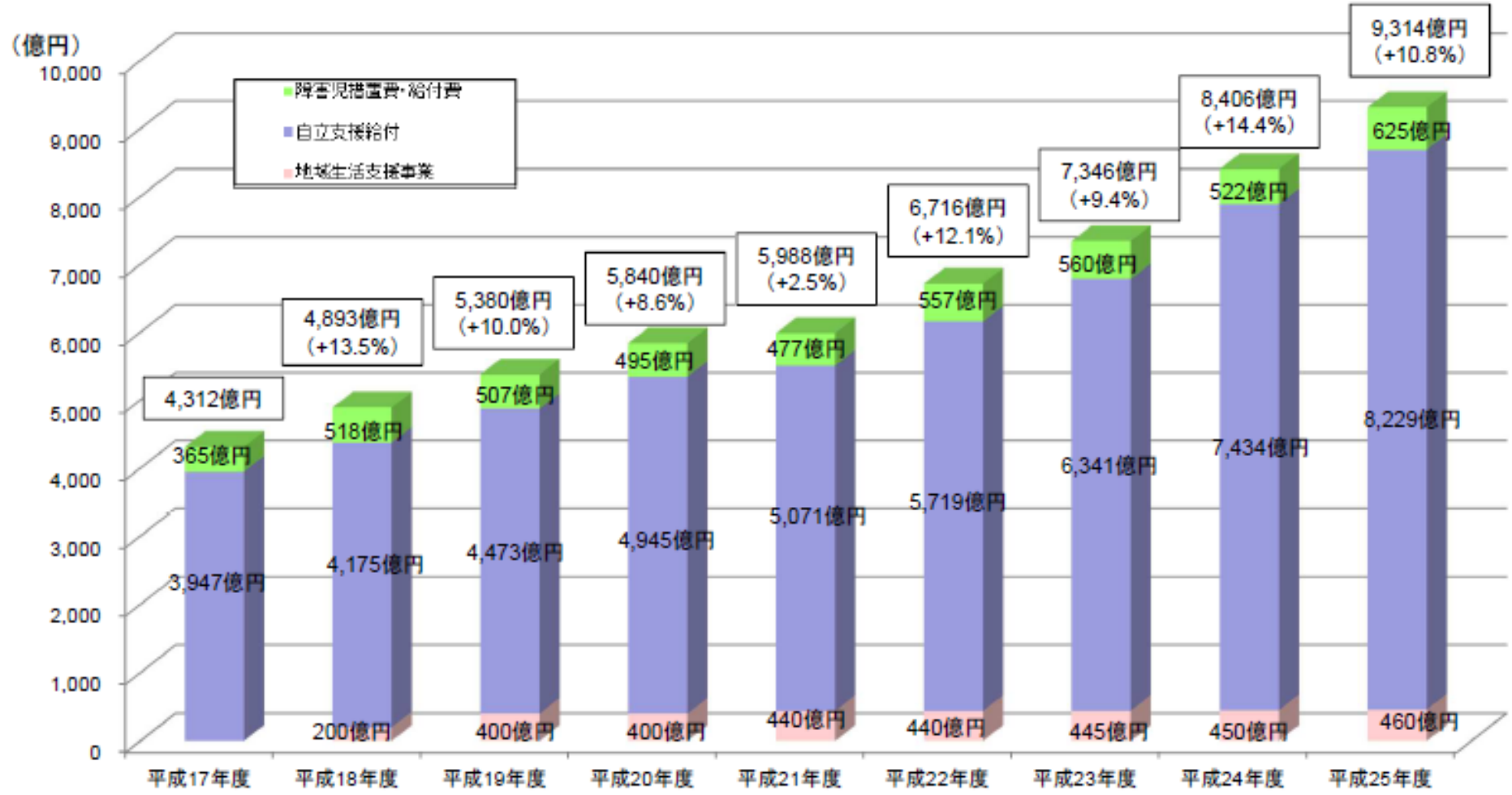
Ⅷ-6　営利企業の参入

　障害者自立支援法の成立以降、福祉事業に営利企業の参入が可能となっている。全国的にこれまで、福祉とは無縁の業種の人たちが、突然就労支援事業所を開設している。利用者の地域生活を継続的に支援していくというよりも、企業の論理が優先されている。異業種の参入による、就労支援の活性化などが意図されているのかもしれないが、医療機関が率先して、高い倫理性を示していく必要がある。

障害福祉サービス等予算の推移

図1

障害福祉サービス関係予算額は義務的経費化により10年間で２倍以上に増加している。



（注1）平成18年度については、自立支援法施行前の支援費、自立支援法施行後の自立支援給付、地域生活支援事業等を積み上げた予算額である。（自立支援法は平成18年4月一部施行、同年10月完全施行）
（注2）平成20年度の自立支援給付費予算額は補正後予算額である。
（注3）平成21年度の障害児措置費・給付費予算額は補正後予算額である。

6. 精神障害者の障害福祉サービスの利用状況

図2

- 平成２７年３月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者は、16.3万人（実人員）。
- 障害福祉サービスの種類ごとの利用状況をみると、約2.4万人が住まいの場としてグループホームを利用している。
- 日中活動の場としては、就労継続支援Ｂ型が６.２万人、就労継続支援Ａ型が２.０万人、就労移行支援が1.４万人と就労系サービスの利用が最も多く、次いで日常生活上の訓練等を行う自立訓練（生活訓練）が0.8万人となっている。
- 平成24年4月から個別給付化された地域相談支援は、地域移行支援を382人、地域定着支援を1,184人が利用している。

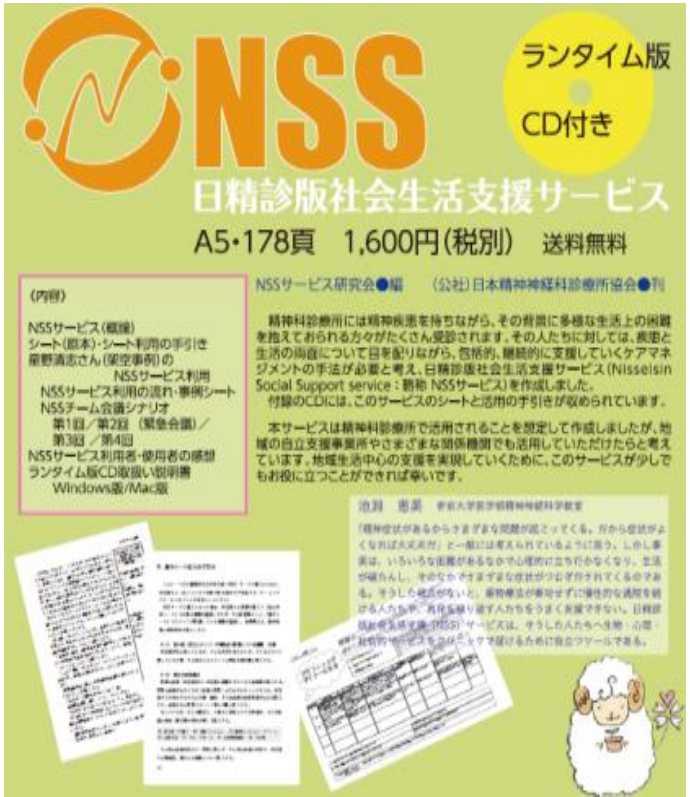
（出典）国保連データ（10月サービス提供実績）

サービス種類	利用者数（人）（平成27年３月時点）					
	総数	障害種別内訳				
		身体障害者	知的障害者	精神障害者	障害児	難病等対象者
居宅介護	155,787	67,221	27,756	50,572	9,524	714
重度訪問介護	9,960	9,506	372	47	2	33
行動援護	8,519	503	5,185	40	2,791	0
重度障害者等包括支援	29	8	21	0	0	0
同行援護	22,512	22,139	160	39	163	11
療養介護	19,457	16,832	2,607	4	7	7
生活介護	260,169	77,183	177,409	5,437	75	65
短期入所	43,119	10,845	23,974	1,361	6,927	12
施設入所支援	132,296	40,845	90,439	991	10	11
共同生活介護（～H.26.3） 共同生活援助（介護サービス包括型）（H26.4～）	79,756	6,201	58,776	14,752	13	14
共同生活援助（～H.26.3） 共同生活援助（外部サービス利用型）（H26.4～）	16,256	563	5,949	9,731	5	8
自立訓練（機能訓練）	2,435	2,353	14	55	0	13
自立訓練（生活訓練）	12,254	556	4,045	7,639	8	6
宿泊型自立訓練	3,882	63	1,159	2,659	0	1
就労移行支援	29,626	2,767	12,821	13,930	24	84
就労移行支援（養成施設）	134	134	0	0	0	0
就労継続支援A型	47,733	10,128	17,170	20,178	11	246
就労継続支援B型	196,019	25,022	109,176	61,628	67	126
計	1,039,943	292,869	537,033	189,063	19,627	1,351
計画相談支援	117,411	28,349	56,100	31,536	1,159	267
地域移行支援	500	44	74	382	0	0
地域定着支援	2,167	337	642	1,184	2	2
相談支援を含む計	1,160,021	321,599	593,849	222,165	20,788	1,620

NSSサービス

医療からケアマネジメントを、少しずつ進めていく。

NSSサービスの活用。
対象者の選定。
チームの形成。
チーム会議の開催。
アウトリーチの積極的活用
終結を意識した関り



利用の流れ

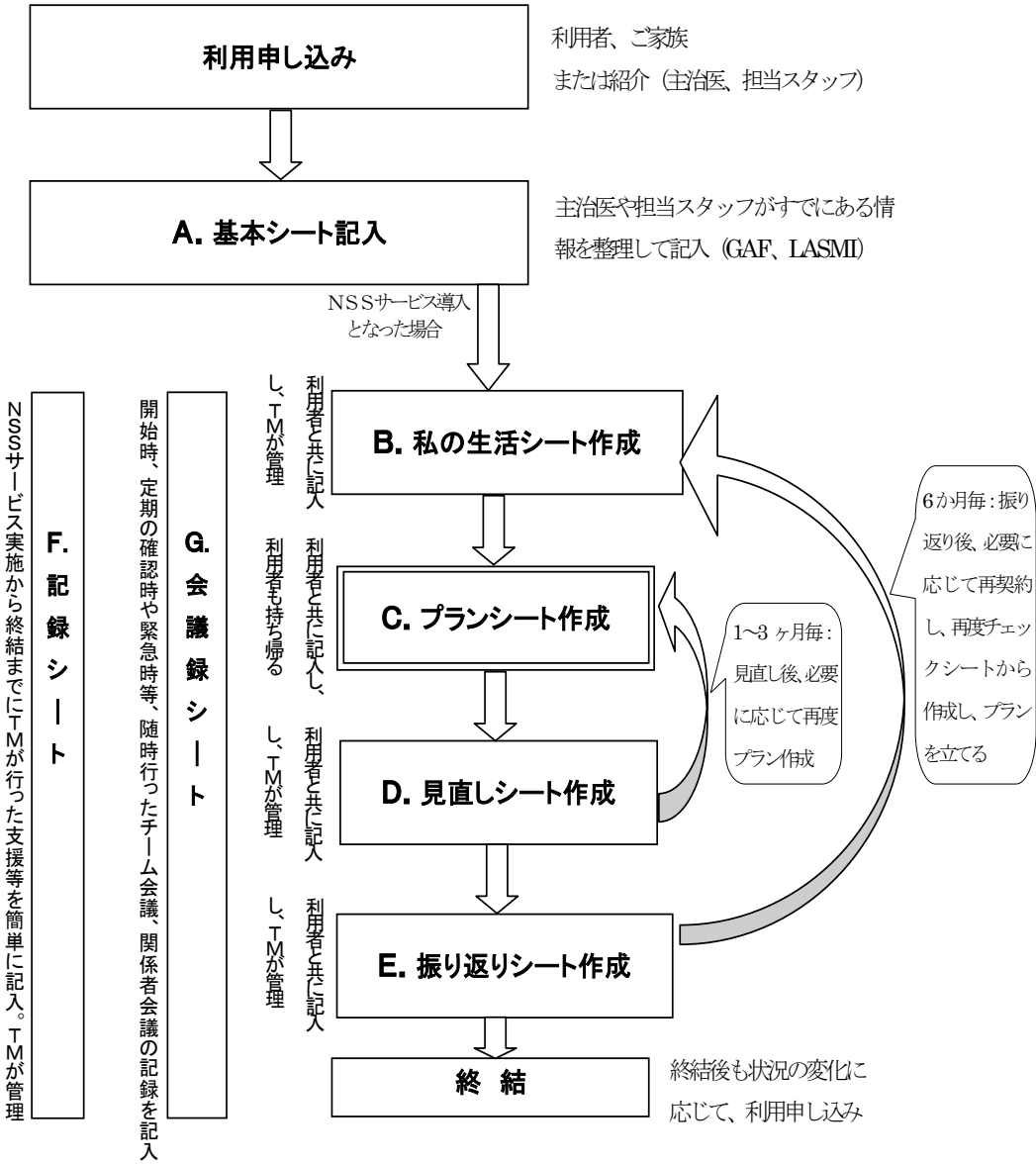



図3