

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



認定NPO法人 DPI日本会議
議長 平野みどり

認定NPO法人 DPI日本会議の概要

1. 設立年月日:1986年

2. 活動目的及び主な活動内容:

目的:すべての障害者の機会均等と権利の獲得

ビジョン: ~障害者権利条約の完全実施へ~

障害者の権利の実現を目指す運動を通して、全ての人が希望と尊厳をもって、ともに育ち、学び、働き、暮らせるインクルーシブな社会を創る

身体障害、知的障害、精神障害、難病等の障害種別を超えた91団体が加盟しています。地域の声を集め、国の施策へ反映させ、また国の施策を地域へ届ける事。それがDPI日本会議の活動の鍵となっています。

【主な活動内容】

- ・障害者本人(当事者)の集まりです
- ・障害種別(身体障害、知的障害、精神障害、難病など)を超えた活動をしています
- ・障害者問題を個人の問題ではなく、社会の問題として捉え、活動をしています

3. 加盟団体数(又は支部数等):91団体(令和5年4月時点)

4. 法人代表: 議長 平野みどり

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

<基本的考え方>

2022年9月に国連障害者権利委員会から出された「総括所見」と「緊急時を含む脱施設化に関するガイドライン」で指摘のあった**「施設から地域生活への予算配分変更」**を念頭に、施設、病院、親元(家族)からの地域移行を推進し、脱施設を実現するために、報酬改定時に取り組むべきことを提案する。

なお、「**DPIの目指す脱施設**」とは、**家族介護・入所施設に依存しない地域社会の構築**である。

「入所施設は、そもそも緊急対応や看取りも含めて家族介護を前提とされ過ぎたために家族が疲弊し、地域の中でも受け止められず、地域社会から排除されてきた結果、必要とされてきたものである」という視点から取り組んでいくことが脱施設を進めていく上で重要である。

従って、施設VS地域といった二項対立に陥ることなく、障害福祉政策全体として**「新規入所を止めても家族介護に依存することなく、安心した地域生活が送れるようにするための地域づくり」**に向けた政策誘導が必要である。

(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

- ・ 障害者の施設・医療機関からの地域生活への移行、親元からの自立をすすめるため、**地域生活支援拠点等の充実**を。
- ・ 精神障害者の訪問系サービスの充実:居宅介護の一本化に向けた報酬設定(身体介護と家事援助の報酬差を縮める)

(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

- ・ **必要な人に必要な時間が認められるよう、市町村の支給決定の柔軟性(長時間介護の保障)を担保する仕組み**
- ・ **地域生活支援拠点等のモデル事業の実施**:地域生活支援拠点等の良質なモデルをつくるため、「(仮称)地域生活支援拠点等強化モデル事業」を全国50か所程度で実施を求める。併せて良質なモデルを全国展開するための仕組み(アドバイザー派遣等)も同時に検討を。
- ・ サービスの上乗せ横だしで、国制度を補完するローカルルールは歓迎されるが、**社会的障壁となる利用抑制につながるローカルルールの是正**

(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3倍以上に増加し、毎年1割程度の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

- ・ 財源の確保:食事提供体制加算、補足給付及び利用者負担額の全体のバランスを考慮しつつ、再設定することで、これを地域生活への移行支援、地域生活支援拠点等の充実に。
- ・ 地域生活支援事業の予算の充実が必要(地域生活支援事業のメニューは増えても、予算は大して増えていない)

(視点4) 業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策(ICT活用など)

- ・ 処遇改善加算の簡素化

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

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

<新設>

- ① 地域生活支援拠点等の充実のための財源確保を。
- ② 地域生活支援拠点等にコーディネーターを複数配置(地域移行支援担当、平時・緊急時対応担当)
- ③ 地域移行コーディネーターの人件費(専門職員として雇用可能に:相談支援の加算程度ではNG)
- ④ 地域生活支援拠点等のコーディネーターと連携する施設・事業所を報酬上評価する。コーディネーターと連携している「地域移行支援を進めている施設・医療機関」「親亡き後の準備をしている事業者」「地域移行後の重度障害者の支援を行う介護事業者」等。
- ⑤ コーディネーターの質の担保のため、国による指導者養成研修、都道府県による養成研修を実施。
- ⑥ 地域生活支援拠点等のモデル事業を。
- ⑦ 国庫負担基準は、夜間・早朝、深夜の報酬割り増しに対応するものに。
- ⑧ 国庫負担基準は医療的ケア児・者対応の基本報酬割り増し可能なものに。

<見直し>

- ① 重度訪問の基本報酬の引き上げ(障害支援区分6の額(8.5%加算)を基本にし、15%加算、20%加算に)
- ② 介護保険適用年齢者の国庫負担基準の引き上げ(市町村の負担軽減)
- ③ 移動支援の個別給付化(国制度に):居宅介護の報酬を参照する自治体が多い

<規制、調査>

- ① 大規模GHへの規制→国連の総括所見を踏まえて減額するなどの対応が必要
- ② 雇用代行ビジネスへの規制:雇用における分離の禁止

(2) 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

<新設>

- ① 地域移行コーディネーターの配置基準(地域のみならず施設・病院側にも)
- ② 地域移行における意思決定支援会議の積極的評価
- ③ ピアサポーター加算の対象事業に、介護事業所を追加
- ④ 施設・病院側への地域移行実現加算
- ⑤ 自立生活支度金(敷金・礼金、家具、家電、住宅改修、福祉機器、暫定支給決定等) ➡視点3
- ⑥ 自立体験室、ILP活用等への費用
- ⑦ 行動関連項目10点未満でも、行動障害があることで社会生活上支援を要する人への人的・環境的支援を。

<見直し>

- ① 精神障害者の訪問系サービスの充実:居宅介護の一本化に向けた報酬設定
(今回は身体介護と家事援助の報酬差を縮める:家事援助だけでは受ける事業所が少ない)
- ② 障害支援区分判定のバージョンアップ
- ③ 医療的ケア児・者対応は1日1,000円の加算ではなく、基本報酬の割り増しを(医療的ケア判定スコアの活用)

<通知、Q&A等による周知徹底>

- ① ローカルルールへの規制(制度による社会的障壁:総合支援法の理念に反する)
- ② ローカルルールは国制度を補完する「横だし上乘せ」に活用
- ③ ダブルケアマネ(介護保険適用年齢者のサービス等利用計画は相談支援専門員が作成)
- ④ 告示523号の廃止(重度訪問の外出規制撤廃)
- ⑤ 障害支援区分判定調査時の相談員等の支援者の同席、状態の悪い時での支援の必要性を聞き取ること条例徹底

＜現状の問題意識＞

・ 1.地域移行に関する問題点

- ・ 地域での自立生活(各種のサービスを活用しながらの一人暮らし)という選択肢を知る機会が仕組みとして成り立っていない(出合いは運次第、志ある団体の持ち出し)
- ・ 地域移行先のイメージが、GHしかない行政、施設職員、相談支援専門員、ケアマネ、医者、家族等が多い
- ・ 意思決定を支援する仕組み(意思決定支援会議等)が機能していない
- ・ 入所・入院者、入所待機者の丁寧な意向確認の仕組みが脆弱
- ・ 施設、病院、家族からの地域移行を望んだとき、長年失われていた様々な体験の機会をカバーする、十分な体験、シミュレーションを行える場、機会の提供が希薄
- ・ 医療的ケア従事者の不足(3号研修の見直し)

【意見・提案を行う背景、論拠】

2.支給決定時のローカルルールによる問題点

【社会的障壁となり得るローカルルールの事例】

- 入浴は週に3回以内(重度訪問介護、居宅介護)
 - 医療的ケアのない者の夜間の泊まり介助は認めない(気管切開の呼吸器ユーザーのみ)
 - 他の者との平等の観点のない通年かつ長期の外出の制限(週1~2回のサークル活動も不可)
 - 他の者との平等の観点のない社会通念上不適切な外出の制限(居酒屋、レジャー不可)
 - 何の調整、対策もせず、ただサービス提供事業所が少ないことを理由に支給決定しない(重度訪問、行動援護、同行援護等を認めない)
 - 介護保険併給の条件に、介護保険使い切りを強いる
 - 介護保険併給可能な対象者を限定する(原則として要介護度区分5あるいは支援区分6)
 - 障害のある親に対する子育て支援という観点で支給決定が認められない(移動支援)
 - 自分が利用契約している介護事業所が主催するイベントには、その事業所の利用者は別の事業所のヘルパーを利用しないと参加できない(移動支援)
 - 本人が所属する法人からのヘルパー派遣を認めない(重度障害者等就労特別事業)
 - 移動支援、就労特別事業、修学支援事業などの報酬単価が安過ぎて、受ける事業所が少ない
 - 就労特別事業、修学支援事業の自己負担上限が高過ぎる
-
- ・ 支給決定基準、非定型の支給決定の判断における積み上げ方式
 - ・ 移行時期の行政の柔軟性
 - ・ 居住地特例の適用範囲
 - ・ 地域生活支援事業の地域間格差

【意見・提案を行う背景、論拠】

幾重にも絡まったローカルルールによる被害の際たる事例：(北海道札幌市)

札幌市在住 12歳(小6)

医療的ケア(常時人工呼吸器利用、喀痰吸引、胃ろう)のいわゆる重心の児童

1日24時間の支援が必要な状態だが、私の支給決定は身体介護88時間、通院等介助2時間(1日3時間程度)

母、兄との3人家族(介護に非協力的だった夫とは離婚)

離婚前(2022年秋)に、介護疲れ、体調不良等も重なり母が家出

夫が児童相談所に連絡し、緊急一時避難施設に入所

以後、毎月緊急一時避難更新で、入所施設生活

離婚しワンオペ状態で仕事を持つ母は、1日3時間程度の居宅介護では厳しいため、居宅介護の支給量増額を求めるが、身体介護88時間、通院等介助2時間(計90時間)でストップしたまま。

昨年秋に弁護士を立て不服申し立てしたが、返事が来たのが今年の7月で、しかも、札幌市の基準では最高額を出して支給量は適切との回答。

移動支援も使えず、緊急一時避難であるため施設の送迎もなく、半年以上学校に通えていない。

学校は地元の小学校の通常級に在籍

市からは、重度包括支援を勧められるが、市内で対応している事業所がない。

「これだけ重度な人は通常は施設にいます」と札幌市。

市は母親の養育責任を問う態度(基本的に親が面倒を見るもの)

児相も母親が養育放棄をしたいのでは?と疑うような姿勢。

3年後、15歳になれば重度訪問介護が使えるはずだが、札幌市は修学していないことが条件となっており、普通校だろうが特別支援学校だろうが、修学していたらそもそも対象外。(通学、就学中に使えないという意味ではない)

総合支援法の不服申し立て機関は機能せず

支給決定基準にまつわるいくつものローカルルールに縛られ、問題を母親の養育責任に転嫁され、本人の義務教育を受ける権利さえ奪い続けている。

【意見・提案を行う背景、論拠】

2. 支給決定時のローカルルールによる問題点

多くの市町村の支給決定基準(ガイドライン)が、国庫負担基準をベースに作られている。

そのため、利用抑制を主な目的としたローカルルールが横行している。

都道府県に不服申し立てしても、支給決定基準に見合っているかどうかしか判断されず、そもそも支給決定基準通りであることが、妥当なのかが判断されない。(裁判にまで持ち込まないといけない状態)

ローカルルールは、国の制度の「横だし上乘せ」などとして補完すべきであり、社会的障壁になってはならない。

<社会的障壁>

障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、**制度**、慣行、観念その他一切のものをいう。

• 3.報酬の問題

- 重度訪問介護事業所は、加算で何とか成り立たせている(特定事業所加算、3種の処遇改善加算、地域加算、区分加算)・・・加算がなければ人材確保、維持は困難(1,830円という基本報酬単価が安すぎる)
- 特定事業所加算を維持するための業務が困難
- 居宅介護の身体介護と家事援助の報酬格差が大き過ぎるため、精神、知的(軽度)の人に適用される訪問系サービスはほとんどが安価すぎる家事援助と移動支援のみで、対応する事業所がない。
- 移動支援、就労特別事業、修学支援事業といった市町村の地域生活支援事業における報酬単価の地域間格差(重度訪問基準、家事援助基準を適用:加算なし)
- 計画相談の基本報酬が安価(相談支援事業のみでは事業が成り立たない)

【意見・提案を行う背景、論拠】

4. 国庫負担基準の問題

- ・ 早朝・夜間、深夜に及ぶ介助が考慮されていない(請求額の増加分が加味されていないため、夜間の支給決定が出にくい)
- ・ 医療的ケア児・者、強度行動障害児・者をもっと受け入れる事業所を増やすため、区分間流用(清算基準)がしやすいような国庫負担基準の新設が望まれる。
- ・ 介護保険適用者の減算により、市町村が65歳(特定:40歳)を機に介護保険への切り替え(併給)要請が執拗に行われ続けており、尚且つ支給量の削減も起きている。

平成26年度国庫負担基準

居宅介護利用者

	通院等介助なし
区分1	2,690単位
区分2	3,480単位
区分3	5,120単位
区分4	9,640単位
区分5	15,430単位
区分6	22,200単位
障害児	8,660単位

重度訪問介護利用者

区分3※	19,890単位
区分4	24,900単位
区分5	31,220単位
区分6	44,230単位
※区分3は経過規定	
介護保険対象者	13,600単位

同行援護利用者

区分に関わらず	11,330単位
---------	----------

行動援護利用者

区分3	12,590単位
区分4	16,960単位
区分5	22,550単位
区分6	29,300単位
障害児	16,010単位
介護保険対象者	7,520単位

重度障害者等
包括支援利用者

区分6	83,660単位
介護保険対象者	33,200単位

重度障害者等包括支援対象者であって、重度障害者等包括支援を利用しておらず、居宅介護、行動援護又は重度訪問介護を利用する者

区分6	63,870単位
介護保険対象者	32,290単位

※別途通院等介助ありを設ける

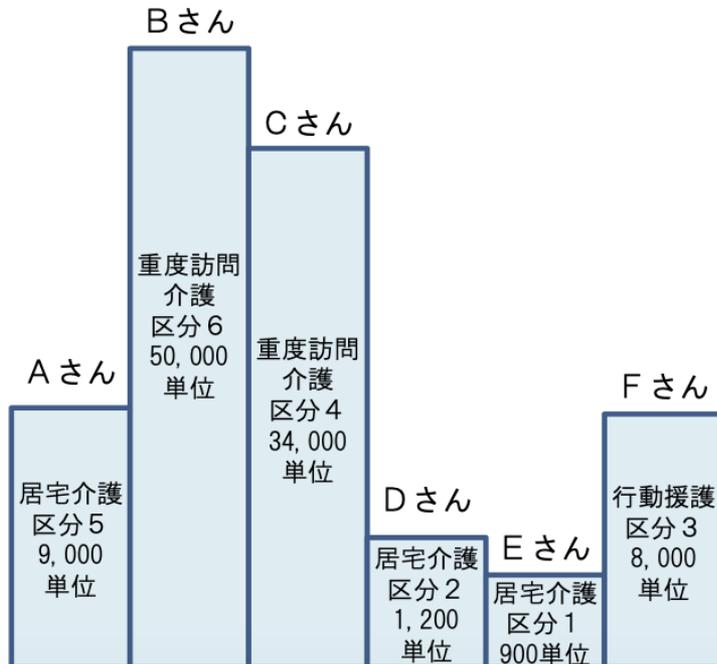
国庫負担基準の考え方

○ 国庫負担基準は、利用者毎のサービスの上限ではなく、市町村に対する国庫負担(精算基準)の上限であり、サービスの利用が少ない方(サービスの上限が国庫負担基準を下回る方)からサービスの利用が多い方(サービスの上限が国庫負担基準を上回る方)に対し国庫負担基準を回すことが可能な柔軟な仕組みとなっている。

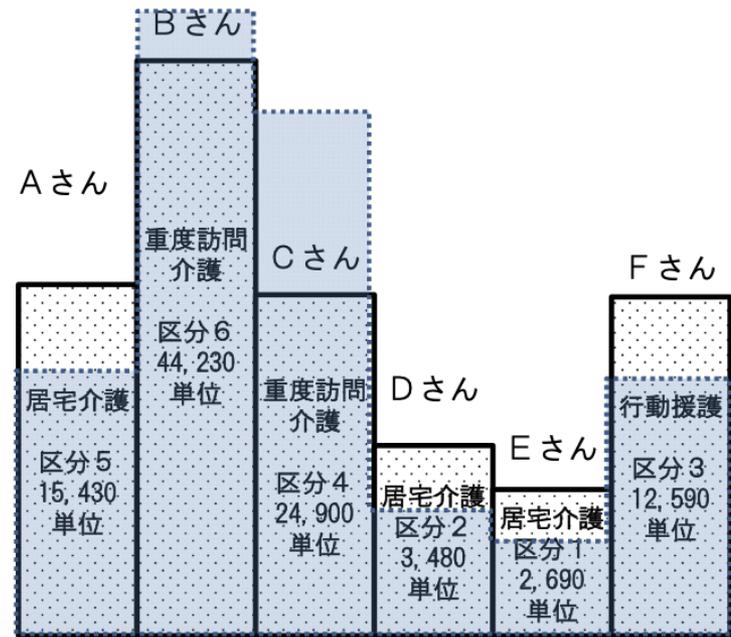
【参考:A市の訪問系サービスの国庫負担】

Aさんは国庫負担基準 > 支給量、Bさんは国庫負担基準 < 支給量など、個人ベースではばらつきがあるが、A市全体では支給量103,100単位 < 国庫負担基準103,320単位であり、国庫負担基準の枠内となっている。

サービス支給量 計103,100単位

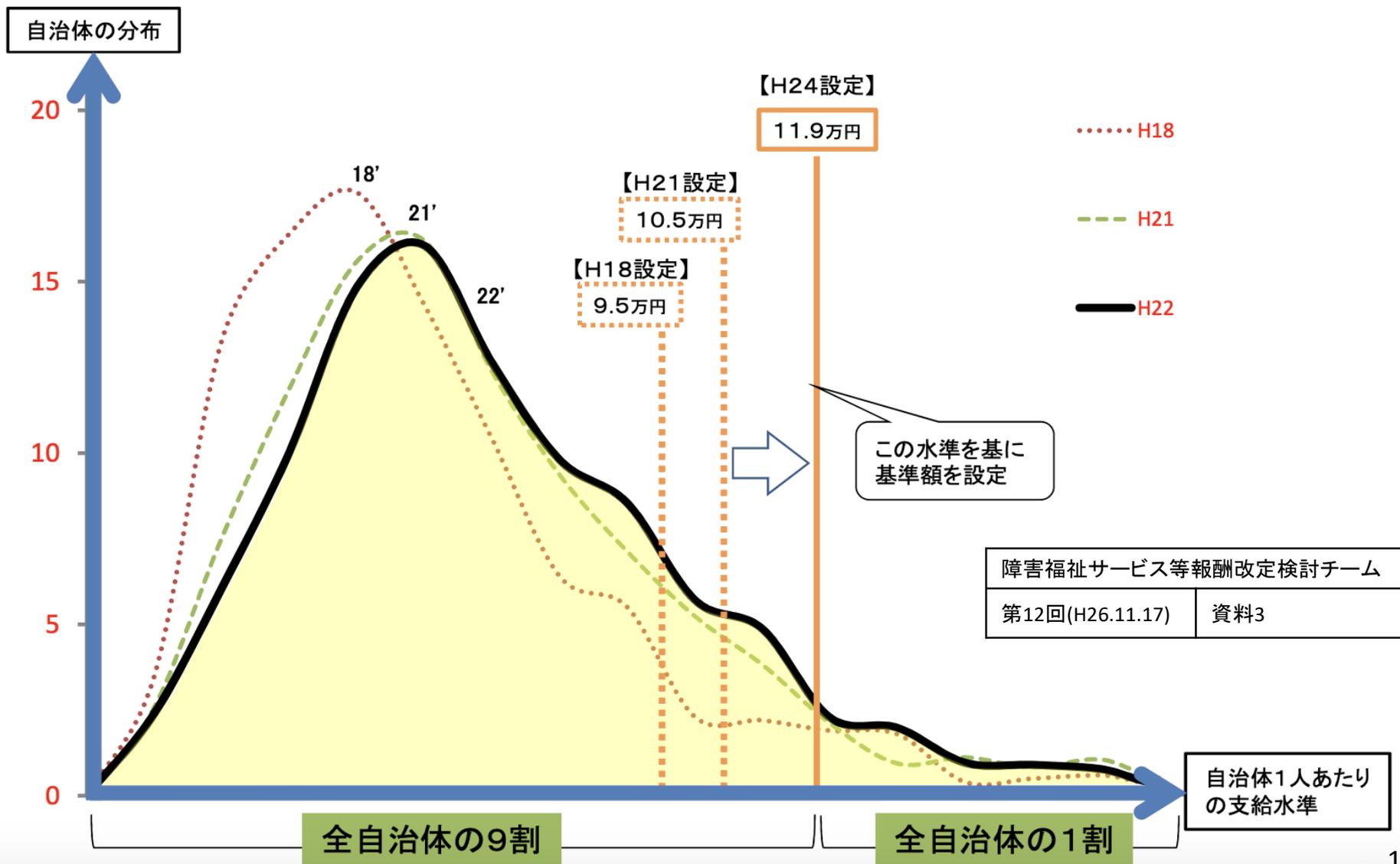


国庫負担基準 計103,320単位



平成24年度の国庫負担基準の設定について

○全国の9割程度の市町村の支給実績をカバーできるように水準を設定。



(3) 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3倍以上に増加し、毎年1割程度の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

<新設>

- ① **食事提供体制加算、補足給付及び利用者負担額の全体のバランスを考慮しつつ、再設定することで、国民の理解のもと財源を確保して、これを地域生活への移行支援、地域生活支援拠点等の充実に。**
- ② インクルーシブ保育の推進(保育園、幼稚園、認定こども園での**医療的ケア児受け入れ拡大**)のために、**一定のエリアごとに看護師を配置**
- ③ インクルーシブ社会の構築に向けて、**障害児を受け入れる学童保育事業者に加算を。**

<見直し>

- ① 地域生活支援事業への配分
地活は3倍も増えてない！3/28福祉の動向を参照(報酬改定検討チーム資料のグラフ)
- ② 移動支援の地域生活支援**促進**事業化

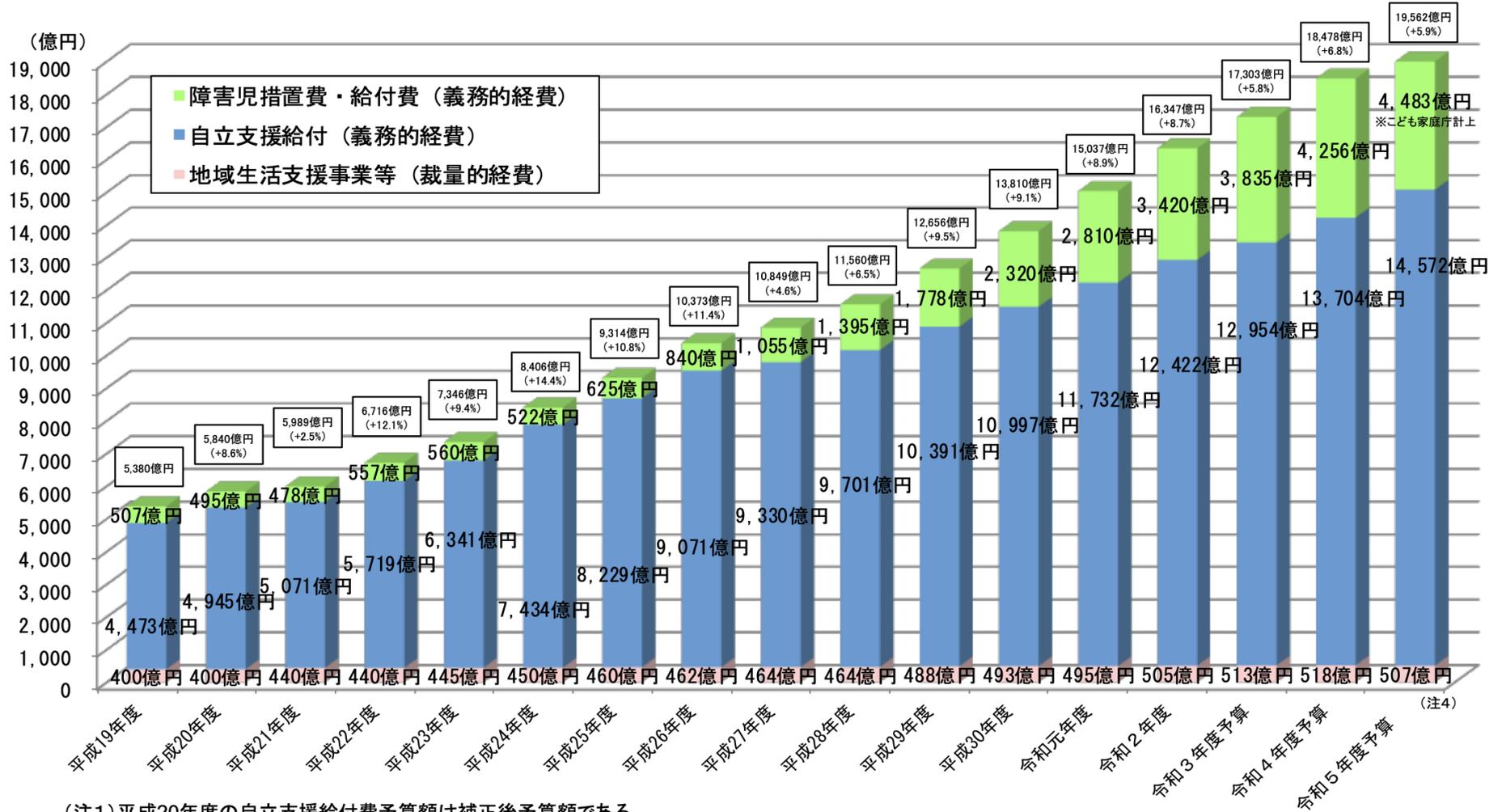
<規制、調査>

- ① 意向調査費用確保と調査項目について、地域移行を果たした当事者、支援者を含むステークホルダーと検討し作成する。
- ② 市町村に調査の実施義務化を。

【意見・提案を行う背景、論拠】

地活は3倍も増えてない！

障害福祉サービス関係予算額は15年間で3倍以上に増加している。



（注1）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。

(4) 視点4:業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策(ICT活用など)

<見直し>

① 3種類の処遇改善加算の一本化(簡素化)

昇給の仕組みがあれば、分配方法、対象は事業者に委ねる

② 医療的ケア研修の見直し(不特定多数対象の1・2号研修受講者の3号研修科目の免除)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ① 3種の処遇改善加算の申請、報告が複雑(業務負担が大きい！ 同一法人内の職員に自由に分配させてほしい)

総括所見は

「精神科病院等からの退院を含む脱施設」

を鮮明に勧告！

- 予算配分は施設から地域生活へ
- 当事者団体と協議
- 期限付きの目標基準
- 人的・技術的・財政的資源を伴う、法的枠組みおよび国家戦略
- その実施を都道府県の義務

脱施設化ガイドライン(注目点)

締約国は、あらゆる形態の施設化を廃止、新規入所の終了、施設への予算配置を控える。

1. 施設の要素
「個人の意思や選好と関係のないルーティーン化した日常を送るもの」
2. 施設化「障害」に、「ケア」「治療」を理由として上乗せした拘束
例) 特別寄宿舍、グループホーム、ハンセン病コロニー等施設の要素を一つでも残したものは「地域に根差した」とは言えない。地域生活でさえ、成人障害者が代替意思決定にさらされた環境に置かれたり、サービス事業者が障害者の自律を否定したり、ルーティーンを決めているような生活は施設である！
3. 誰とどこでどのように暮らすか、について、自律・選択・コントロールを障害者が取り戻すことに焦点を当てる！

(参考資料)

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について

2012年4月より社会福祉士及び介護福祉士法の改正により介護福祉士及び一定の研修を受けた者の業務として認められるようになった本制度ですが、10年を過ぎても実際に業務に携われる介護職員が増えていかない現状にあり、医療ケアを必要とする方の介護者不足は一層深刻な状況が改善されていません。(全国 計 1号:14,436人 2号:87,116人 3号:161,528人 令和4年4月現在)
今一度制度の改善をご検討いただきたく、以下に懸案課題を列記させていただきます。

1. 不特定の者対象(1号・2号)の研修について

不特定の者を対象とした1号2号研修ですが介護福祉士の受検に必須となった事もあり、多くの方が実務者研修等で受講されているにもかかわらず、50時間の講習のみで実地研修が行えず「仮免許」の状態になっています。この実地研修がボトルネックとなっているためにせっかく受講したにもかかわらず実務に結びついていません。更には3号研修の場合、「仮免許」の方は50時間もの講習を受けてきたにもかかわらず改めて8時間の3号研修の基本研修を受けなおさなければならないという矛盾もあり、せめて1号・2号研修基本を受けた方は3号を受講する場合の特例(受講科目免除)などがあると少しは救われるかもしれません。

いずれにせよ、喀痰吸引等は「介護福祉士の業務」と謳いながら、実践できる介護福祉士が殆どいない現実は改善すべき事項かと思われまます。

(参考資料)

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について

2. 費用負担について

2-1 事業所の負担

医療ケアを提供できる人材を育成するためには講習の受講料、実地指導の謝金、研修期間の職員への給与(重度訪問は熟練同行が認められましたが、介護保険・居宅介護(医療的ケア児)の場合は事業所負担)、など1人の介護者を育成するために多額の費用がかかり、またその介護者が定着するとは限らず、24時間等長時間の支援を必要とする方には常に10~20名程度の介助者を確保する必要があるため、一人の利用者を支援するための事業所の負担額はそれなりのものとなります。

にもかかわらず医療ケアを提供する事に対する報酬の加算は訪問看護であれば1日8,000円のところ介護報酬では1日1,000円と格差が大きく、特定事業所加算の事業所になるとこの加算はなくなります(障害程度区分6の15%加算が取れた方であればその分は加算にあたるのかもしれませんが)。半年に1度の医師の指示書、計画書、同意書、月に一度の報告書などの書類などの事務的負担、医療ケアに伴う責任感、緊張感など精神的な負担も大きく、医療ケアに携わる事に対するメリットがないどころか負担ばかり大きくなっているために積極的に携わろうとする事業所が少なくなってしまう事が考えられます。育成にかかる費用に見合う、加算等の報酬増額など何らかの改善を是非ご検討ください。

2-2 実地研修の謝金について

実地研修の指導者への謝金ですが、多忙な訪問の時間を割いて無償で実施して下さるところもありますが、1人5,000円程度(東京都の開催は都から9,000円)から1項目(評価表1枚につき)5,000円など、指導にあたる医療者によって金額がまちまちです。日頃から利用者に関わる医療者から評価を受けるという事で、介護事業所としては指導者を選ぶ事はできず提示された金額を支払わないわけにはいかない現状にあります。看護の報酬に連携加算があるように、指導加算のようなものを設定していただいて、事業所間での金銭授受なく実地研修が受けられるよう、介護事業所の不公平感、負担感の軽減を検討いただければと思っています。

(参考資料)

介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について

3. 実地研修指導者について

指導看護師については制度上では「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者養成事業（特定の者対象）について」（平成23年9月14日障発0914第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に定める指定指導者養成事業を修了した医師、保健師、助産師及び看護師、並びにこれに相当する知識及び技術を有すると認められる医師、保健師、助産師及び看護師と定められています。講習テキスト内では「日頃から当該利用者にかかわる医療者が望ましい」とされています。制度上の「これ（養成事業修了）に相当する医療者」との判断が曖昧ですが、日頃から対象利用者に関わる医療者であれば当然必要な知識や技術がなければ任務を全うできない訳ですから、制度上の「これ（養成事業修了）に相当する医療者」とは、テキスト内で言われている「日頃からかかわる医療者」で統一して良いのではないかと考えます。

<事例>

東京都の場合、制度上の表記が遵守され、指導看護師に必ず6時間半程度の動画の視聴とアンケートの提出を求めています。これが負担となり「指導者がいない」という理由で実地研修の指導を依頼できない事業所（看護等）があります。ここで断られてしまうと、他に依頼できる所もなく結果医療ケアが提供できないという事になりかねません。指導をする上で、介護職員に認められている行為や、必要な書類、業務体制など制度上の理解などは必要かとは思いますが、吸引・経管栄養に関する具体的な内容については看護学生時代に習得するより遥かに簡単な内容で、わざわざ時間をかけて視聴する内容ではないと思われます。

医療ケアが提供できる人材が増えていかない現実には他にも様々な要因がある事とは思いますが、今の制度のままである限りこの現状が改善されるとは思えません。

10年経過した今、改めて制度の見直しをご検討くださいますようお願い申し上げます。