



一般社団法人  
日本発達障害ネットワーク

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定後の 状況等に関する意見等

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

# 日本発達障害ネットワーク(通称：JDDネット：Japan Developmental Disorders network)

## 1 設立

2004年の発達障害者支援法成立時に発足

2010年に一般社団法人化

## 2 目的、活動

発達障害のある人およびその家族の暮らしやすい社会の実現のために、以下の活動を行っている

- ・発達障害に関する社会、支援者等の理解向上に関する活動(年次大会、研修会等の実施)
- ・発達障害者のニーズに沿った制度・施策等の実現に向けた活動(立法、行政等へ政策提言・検討会への参加) など

## 3 会員

- ・正会員団体(21)：当事者・家族団体(5)、職能団体・学会・研究会(16)
- ・都道府県ネットワーク(8)
- ・企業サポート会員(5)
- ・エリア会員(24)：北海道・東北(6)、関東(11)、甲信越・東海(3)、近畿(2)、中国・四国(2)

## 4 法人代表

理事長 市川 宏伸

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定後の状況等に関する意見等(視点1)

- 視点1 持続可能な制度としていくための課題、対処方策

○5歳児健診において要支援となり、児童発達支援センターまたは事業所の利用が推奨されても支給決定に時間を要する場合がある。➡児童が速やかに必要な支援を受けられるよう、みなし利用など運用の検討が必要。(日本作業療法士協会)

○児童発達支援センター「中核機能強化加算」における中核機能強化職員の確保は、地方都市でのサービス提供を持続していくことが難しい場合がある。➡加算要件を「常勤専任」ではなく常勤換算とする柔軟な運用に変更(日本言語聴覚士協会)

○家族支援加算は、子どもが外出困難な状況で事業所を利用できない場合は算定できないが、本来はこのような家族に必要なプログラム(ペアレントプログラム・ペアレントトレーニング等)である。➡単価の見直し含めて、必要なサービスにたどり着けない人が無いように規定等を見直す(アスペ・エルデの会)

また、不登校児を午前中から受け入れる事業所では高度な専門性が求められるが、現行加算では十分に評価されていない。➡不登校児支援に特化した新たな加算の創設、送迎加算や専門的支援加算の単価の引き上げ、放デイを利用している場合に学校と連携を図る場合の出席扱い判断、登校につながった場合の加算等を検討(アスペ・エルデの会)

○連携に関する加算は、主催した事業所のみが算定可能であり、学校・医療機関・相談支援事業所等他機関との連携が適切に評価されていないため、「連携」が積極的に行われていない。➡連携が、参加機関全体にメリットがある形に再度検討(アスペ・エルデの会)

## 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定後の状況等に関する意見等(視点2)

### ・視点2 職員待遇に関する意見

#### ○専門職配置の適切な評価

社会福祉士・精神保健福祉士等の専門資格を有する職員配置が制度上十分に評価されていない。⇒児童発達支援管理責任者・相談支援専門員と同等の評価枠の創設や、専門的支援の対象資格とする。(アスペ・エルデの会)

#### ○福祉専門職の賃金改善

福祉分野の平均賃金は他職種に比べ著しく低く、人材確保の妨げとなっている。⇒将来的な担い手確保のためにも、他業種平均に近づける(アスペ・エルデの会)

#### ○定員超過(125%)規制の見直し

125%の一律基準は実態と合わず、また「やむを得ない理由」の判断が自治体により大きく異なるため運営に支障が出ている。⇒1日の利用人数基準の柔軟化および全国的に統一された基準を整備。(アスペ・エルデの会)

#### ○保育所等訪問支援の併用の柔軟化

放課後等デイサービスや児童発達支援との併用が制度上難しく、利用者ニーズに対応しきれない状況がある。⇒併用しやすい制度設計の見直し。(アスペ・エルデの会)

#### ○指定権者への申請・届出の負担軽減

職員配置などの変更時に多くの書類提出が求められ、事務負担が非常に大きい。⇒オンラインによる申請・届出制度の導入(事務負担軽減)(アスペ・エルデの会)

#### ○国保連請求の電子化

国保連への請求は現在も事務負担が大きく、事業所経営における大きな課題。⇒国で請求しやすいシステムを整備するか、あるいは民間請求システムの無料化や補助金制度の創設。(アスペ・エルデの会)

## 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定後の状況等に関する意見等(視点3)

### ・ 視点3 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

○児童発達支援センターで中核機能加算Ⅰを取得している事業所が各地に配備されることが望ましいが、地域によっては要件(特にハの7職種配置)の充足が困難。また、専門的支援実施加算の算定も児童発達支援では53.3%、放課後等デイサービスでは45.3%と約半数に留まり、地域での専門的支援が行き届いていない現状がある。⇒専門的支援を実施する職種(PT・OT・ST)の多くは医療機関に所属しており有効的に活用できる。地域格差が生じないよう特に中核機能を持つ児童発達支援センター/事業所がない地域の場合、障害・児童福祉サービスの利用者に対して、ADLの維持・向上および地域での生活の質の向上の推進を目的に、身体機能、認知機能、発達段階等に応じた適切な支援を助言する体制整備を検討してはどうか。(日本作業療法士協会)

○時間のかかる専門的な検査・アセスメントの結果を個別支援計画の作成に反映する部分の評価が存在していないことで、質の高いサービス提供ができていない。⇒検査・アセスメント実施加算の新設(日本言語聴覚士協会、アスペエルデの会)

また、その検査・アセスメントを行うリハビリ機能担当職員や心理担の配置も進んでいない。⇒専門職配置を推進するための配置加算を強化(ST協会)

○現行の視覚・聴覚言語障害者支援体制加算は「利用者の過半数が該当する」基準となっており、該当者が少ない事業所では、専門的支援が受けられない状況である。⇒視覚・聴覚言語障害は意思決定支援につながる重要な要因であり、専門家の配置を柔軟に行えるようにすべき(ST協会)

○児童発達支援における専門的支援実施加算の回数制限やエビデンスに基づかないプログラムの例示は、現場の負担感や支援効果の低下を招く可能性がある。⇒回数制限の廃止とエビデンスに基づくプログラムに対する適切な評価(アスペ・エルデの会)

○児童発達支援における個別支援サポート加算は、重度の障害児のみを対象としているが、その他の状態の障害児への支援負荷が高い場合は考慮されていない。⇒個別支援サポート加算の対象拡大(アスペ・エルデの会)

○サービス管理責任者(サビ管)・児童発達支援管理責任者の更新制度見直し

○介護保険制度におけるケアマネジャー更新研修の廃止となった。⇒サビ管・児発管についても定期的な研修受講を義務化し、専門性を維持する制度への見直し。(アスペ・エルデの会)



※参考※ 標準化された発達検査の実施状況について

障害児通所支援の支援内容に関する調査研究」の報告では、『標準化された発達検査を自法人・事業所で実施している』と答えた割合は全体の15%にとどまり、事業所では十分なアセスメントが行われていない。この状況は、個々の子どもの発達特性の把握、個別支援計画の精度、支援効果の評価に大きなばらつきが生じる要因となっていると考えられる。

	全体 n=4,228	児童発達支援センター (特に指定なし) n=325	児童発達支援センター (主に難聴) n=11	児童発達支援センター (主に重心) n=50	医療型 児童発達支援センター n=36	児童発達支援のみ (センター以外) ※重心指定 n=486	児童発達支援のみ (センター以外) ※重心指定 n=31		放課後等デイサービスの のみ n=1,778	放課後等デイサービスの のみ ※重心指定 n=116	多機能・一体型 n=1,263	多機能・一体型 ※重心指定 n=132	
①	25.4%	26.8%	0.0%	30.0%	36.1%	24.7%	38.7%	①	24.9%	28.4%	25.3%	25.0%	① 行政の担当部署から支給決定時の情報をもらう（直接または保護者を介して等）
②	83.4%	79.1%	81.8%	82.0%	63.9%	71.4%	77.4%	②	87.3%	87.9%	83.7%	87.1%	② 相談支援事業所から情報をもらう（直接または保護者を介して等）
③	55.2%	67.7%	63.6%	54.0%	69.4%	60.9%	61.3%	③	48.8%	48.3%	58.0%	61.4%	③ 医療機関から診断に関する情報や標準化された発達検査等の結果をもらう（直接または保護者を介して等）
④	34.1%	40.9%	45.5%	16.0%	44.4%	41.6%	16.1%	④	30.9%	17.2%	37.2%	24.2%	④ 医療機関以外の他の施設（児童発達支援センター等）で実施された標準化された発達検査等の結果をもらう（直接または保護者を介して等）
⑤	61.6%	62.5%	27.3%	46.0%	41.7%	58.2%	41.9%	⑤	61.8%	61.2%	64.1%	63.6%	⑤ 園・学校等子どもが通う施設から情報をもらう（直接または保護者を介して等）
⑥	83.7%	86.2%	90.9%	80.0%	75.0%	86.4%	77.4%	⑥	81.9%	74.1%	85.3%	87.9%	⑥ 自法人・事業所で保護者から子どもに関する聴き取りを行う
⑦	33.8%	35.7%	72.7%	18.0%	30.6%	40.1%	12.9%	⑦	31.5%	31.9%	35.5%	31.8%	⑦ 自法人・事業所で保護者に標準化された聴き取り検査や質問紙（尺度）に回答してもらう
⑧	32.5%	39.1%	27.3%	20.0%	55.6%	38.5%	22.6%	⑧	30.8%	31.9%	31.0%	32.6%	⑧ 自法人・事業所で独自に作成したアンケート等を保護者に実施する
⑨	74.7%	85.8%	72.7%	66.0%	69.4%	78.8%	58.1%	⑨	72.9%	67.2%	74.4%	72.7%	⑨ 自法人・事業所で子どもの行動観察を実施する
⑩	15.1%	41.8%	72.7%	10.0%	52.8%	25.5%	12.9%	⑩	8.2%	4.3%	14.3%	7.6%	⑩ 自法人・事業所で標準化された発達検査等を子どもに実施する
⑪	7.5%	6.5%	9.1%	6.0%	0.0%	9.1%	3.2%	⑪	7.8%	6.0%	7.4%	6.8%	⑪ 自法人・事業所で独自に作成したアンケート等を子どもに実施する
⑫	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	⑫	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	⑫ 上記のことはどれも実施していない
⑬	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	3.2%	⑬	0.6%	0.0%	0.4%	0.0%	⑬ わからない
⑭								⑭					⑭ その他

図 3-1-33 【アセスメント情報「収集先・収集方法」(複数回答)】

厚生労働省「令和4年度 障害者総合福祉推進事業指定課題 19 障害児通所支援の支援内容に関する調査研究」P36

標準化された発達検査の実施を推進することは、検査の質の向上が促され、支援の客観性と透明性が高まり、全国的に均質な支援の提供に寄与すると考える。喫緊の課題である、専門職の確保、アセスメント時間の確保を解決するためにも、検査・アセスメント実施に対する新たな加算の創設をする必要がある。

※参考※ 障害児通所支援における専門職等の配置状況について

図表 520 調査対象サービスにおける職種等の配置人数

(単位：人)		全体 [n=785]	児童発達支援センター [n=138]	児童発達支援事業所 [n=295]	放課後等デイサービス [n=352]
実人数	看護職員	0.4	0.8	0.5	0.3
	理学療法士	0.3	0.6	0.2	0.1
	作業療法士	0.3	0.8	0.2	0.1
	言語聴覚士	0.3	1.1	0.3	0.1
	心理担当職員	0.3	0.9	0.2	0.2
	喀痰吸引等研修修了者	0.1	0.1	0.1	0.0
	児童指導員	3.0	3.7	2.5	3.1
	保育士	3.1	7.9	2.4	1.7
	栄養士・管理栄養士	0.1	0.6	0.0	0.0
	意思疎通に関して専門性を有する人材	0.0	0.1	0.0	0.0
常勤換算人数	看護職員	0.3	0.5	0.3	0.2
	理学療法士	0.2	0.3	0.2	0.1
	作業療法士	0.2	0.4	0.2	0.1
	言語聴覚士	0.2	0.7	0.2	0.0
	心理担当職員	0.2	0.6	0.1	0.1
	喀痰吸引等研修修了者	0.1	0.1	0.1	0.0
	児童指導員	2.2	2.9	1.8	2.2
	保育士	2.4	6.2	1.9	1.3
	栄養士・管理栄養士	0.1	0.5	0.0	0.0
	意思疎通に関して専門性を有する人材	0.0	0.1	0.0	0.0

※参考※ ■ 中核機能強化加算の各要件の詳細

区分	単位数(1日)	基本要件	イ(包括的支援 ＋地域支援:常 勤専任1名以 上)	ロ(専門的発達 支援＋相談支 援:常勤専任1 名以上)	ハ(7職種の全 配置)	備考
中核機能強化 加算(Ⅰ)	55～155単位	必要	必要(必須)	必要(必須)	必要(必須)	イ・ロ・ハの全て に適合
中核機能強化 加算(Ⅱ)	44～124単位	必要	必要(必須)	必要(必須)	不要	イ・ロの両方に 適合
中核機能強化 加算(Ⅲ)	22～62単位	必要	どちらか一方で 可	イまたはロいず れか	不要	イまたはロ1つ で適合

イ:包括的支援・地域支援担当者(常勤専任1名以上)  
「包括的な支援の推進」と「地域支援」を主として担う者  
常勤専任で1名以上の加配が必要  
対象資格:ハに掲げる専門職  
要件:資格取得後5年以上、障害児通所支援等の業務に従事

ロ:専門的発達支援・相談支援担当者(常勤専任1名以上)  
「専門的な発達支援」および「相談支援」を中心的に行う者  
常勤専任で1名以上の加配が必要  
対象資格:ハに掲げる専門職  
要件:資格取得後5年以上、障害児通所支援等の業務に従事

ハ:7職種のすべてを配置し連携体制を構築  
配置すべき7職種:理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 看護職員 心理担当職員 保育士(※) 児童指導員(※)  
※保育士・児童指導員は、障害児通所支援または入所支援で3年以上の従事経験が要件  
配置に関する補足:基準人員での配置も可 7職種のうち2職種までは「非・常勤換算」でも可



※参考※ 人材確保の状況について

・特に地方部では「制度の要求」と「現実の人材供給」の乖離が考えられ、専門職（PT・OT・STなど）では一層深刻な状況と考えられる。

(%)	グループホーム [n=613]	入所施設 [n=228]	相談支援サービス [n=829]	障害児通所サ ービス [n=862]
採用に費用がかかる	36.2	30.7	30.2	48.5
紹介料の負担が大きい	21.2	32.9	15.6	43.3
採用に時間がかかる	23.0	24.1	17.2	31.6
採用にかかるノウハウがない	4.2	5.3	3.0	3.0
応募者が少ない	63.5	79.4	47.8	64.3
他業界の方が待遇がよい	33.3	36.8	22.8	32.6
同一業界他社の方が待遇がよい	9.5	6.1	8.2	13.0
他業界の方が労働時間や休日等の条件がよい	19.6	23.7	10.4	17.4
同一業界他社の方が労働時間や休日等の条件がよい	3.8	4.8	2.4	7.3
他業界の方が就労環境がよい	15.2	14.0	11.6	12.4
同一業界他社の方が就労環境がよい	3.3	5.3	2.9	3.4
所在地域に就労人口が少ない	9.1	32.5	8.0	5.2
OJT やキャリアパス等の研修制度を用意できていない	2.8	2.2	3.7	2.1
夜間の対応が可能な職員が少ない	31.5	46.5	7.8	2.3
正規職員または常勤職員としての希望者が少ない	14.2	25.4	8.0	11.1
事業所の魅力の発信ができていない	9.3	18.9	7.7	6.0
職員の病休等、突発的な欠員に対応できる人材が少ない	24.6	30.3	10.5	24.2
福祉・介護の仕事の魅力が発信できていない	17.9	25.0	12.3	13.5
職場訪問やサービス提供の様子を見学する機会が少ない	3.8	4.8	2.5	3.6
その他	3.4	2.6	7.2	4.8
わからない	2.6	0.4	3.7	3.8
特になし	4.9	0.0	12.5	3.7
無回答	6.4	13.6	14.1	5.0

そのため、中核機能強化加算（Ⅱ）および（Ⅲ）においては、中核機能強化職員は「常勤専任」ではなく、常勤換算1.0で配置可能とする柔軟な運用を認めていただきたい。

これにより、児童発達支援センターの地域間格差の是正、事業所の持続的な運営、専門支援の担い手の確保に資するとともに、制度の趣旨である「地域の支援力の底上げ」にも直結すると考えられる。

## (参考資料)

### (1) 1(1) JASPER(幼児期あそプロ)による効果について

○JASPERとは、おもちゃを用いた遊びを通して、共同注意、象徴遊び、相互的な関わりと感情調整について学ぶことで、ASDの中核的障害である社会性の改善をめざすプログラムである。

JASPERの実施実績（アスペ・エルデの会が運営する児童発達支援(3か所)）	
対象児童	各事業所を利用する児童(0歳～6歳)
基本的な実施頻度	ひとり 1セッション20分×週2回×4週＝8回/月
実施している職員	支援スタッフ全員が実施できるように取り組んでいる
所有している資格	保育士、公認心理師、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、教員免許状等
その他	<ul style="list-style-type: none"><li>・新卒職員も実施している。</li><li>・主担当と副担当の2人体制で実施しており、体験的に職員もスキルと獲得している。</li><li>・JASPERを開始するにあたって、TASPとSPACEによるアセスメントを実施している。</li></ul>
当会事業所で見られた子どもの変化	<ul style="list-style-type: none"><li>・家庭でも喋らなかった児童が、家庭でも保護者と会話ができるようになった。</li><li>・一人遊びしかしなかったが、職員や他児にも関わりを求めるようになった。</li><li>・遊び方が多様になった。</li><li>・保護者は不安により表情も暗かったが、笑顔が出るようになり、実施の様子の映像と職員の説明から子どもとの関わりも積極的に学んでいる。</li><li>・TASPやSPACE、Vineland-Ⅱ 適応行動尺度や新版K式発達検査の結果がプラスに変化した。</li></ul>

※TASPやSAPRIは保育所等訪問で使用することで保育所等の職員(保育士、教員)と連携が図りやすくなっている。

- ・黒田美保, 井潤知美, 浜田恵, 稲田尚子, 辻井正次, & 須藤幸恵. (2022). JASPER が日本の自閉スペクトラム症幼児におよぼす効果の予備的検討. 帝京大学心理学紀要, (26), 1-11.
- ・黒田美保, 稲田尚子, 浜田恵, 須藤幸恵, & 丹羽菜月. (2021). JASPER に基づく早期介入が自閉スペクトラム症幼児の言語発達におよぼす効果- 1 事例の予備的検討を通して-. 帝京大学心理学紀要, (25), 1-20.

# (参考資料)

## (2) 1(3) 家族支援加算の改善について

- ・ペアレントプログラムにおいて、グループによる実施の効果として、子育ての仕方の改善や保護者の抑うつ傾向の改善がみられる。そのため、保護者がこうしたプログラムに参加しやすい機会の確保が必要である。

表4 ペアプロ実施前後の養育態度・BDI-II・SDQの各尺度得点の差と変化量

	<i>n</i>	実施前 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	実施後 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	変化量 ( <i>SD</i> )	<i>t</i> ( <i>df</i> )	Hedges' <i>g</i>	一般集団の 平均	一般との差
肯定的養育態度								
PSS	172	59.10 (7.06)	63.12 (5.64)	4.02 (5.70)	9.24 (171)***	0.63	60.92 (8.09)	-0.22 SD
PNPS (トドラー版)	31	26.35 (2.46)	27.30 (2.47)	0.95 (2.70)	1.95 (30)	0.38		
PNPS (標準版)	163	36.81 (4.61)	38.13 (4.31)	1.32 (3.07)	5.50 (162)***	0.30	37.53 (4.96)	-0.15 SD
養育態度得点	393	0.76 (0.09)	0.79 (0.09)	0.04 (0.07)	10.18 (392)***	0.41		
否定的養育態度								
PSS	172	35.40 (6.15)	32.93 (5.90)	-2.48 (4.34)	7.46 (171)***	0.41	29.52 (8.52)	0.69 SD
PNPS (トドラー版)	31	20.84 (3.89)	19.77 (3.58)	-1.06 (2.90)	2.05 (30)*	0.28		
PNPS (標準版)	163	23.02 (4.85)	22.20 (5.09)	-0.82 (3.56)	2.96 (162)**	0.17	20.48 (4.66)	0.55 SD
養育態度得点	393	0.55 (0.14)	0.52 (0.13)	-0.03 (0.08)	8.36 (392)***	0.26		
BDI-II	374	12.47 (8.29)	8.51 (8.03)	-3.88 (5.99)	12.52 (373)***	0.47		
子どもの強さと困難さアンケート (SDQ)								
情緒不安定	378	2.96 (2.31)	2.72 (2.24)	-0.24 (1.66)	2.79 (377)**	0.10	1.4 (1.7)	0.92 SD
問題行動	378	4.20 (1.94)	3.89 (1.86)	-0.30 (1.46)	4.01 (377)***	0.16	1.8 (1.5)	1.60 SD
多動・不注意	378	7.68 (2.46)	7.23 (2.45)	-0.45 (1.80)	4.87 (377)***	0.18	2.8 (2.1)	2.32 SD
友人関係問題	378	5.87 (2.13)	5.60 (2.16)	-0.28 (1.54)	3.57 (377)***	0.13	1.4 (1.6)	2.79 SD
向社会的行動	378	4.81 (2.64)	5.29 (2.66)	0.47 (2.02)	4.50 (377)***	0.17	6.3 (2.2)	-0.68 SD

\*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

PSSの一般集団の平均は松岡ら (2011), PNPSは伊藤ら (2018), SDQはMorikawaら (2014) による。

田中尚樹, 長谷川洋輔, & 辻井正次. (2025). ペアレント・プログラムの全国多機関での実施による保護者への効果検証. *小児の精神と神経*, 65(3), 227-238.