

# 令和9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 全国医療的ケア児者支援協議会  
代表 前田 浩利



全国医療的ケア児者支援協議会

# 一般社団法人 全国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:政策提言事業、コミュニティづくり事業

## 【ビジョン】

医療的ケアを必要とする人、重症心身障害児者とその家族が、笑って暮らせる日本社会

## 【ミッション】

- (1)日本において、医療的ケア児者・重症心身障害児者支援の広がりを牽引する
- (2)医療的ケア児者・重症心身障害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
- (3)政策提言を行い、十分な支援・サービスを提供できるよう、医療的ケア児者・重症心身障害児者に対しての報酬単価を上げる

3. 加盟団体数(又は支部数等):5団体
4. 会員数:1609人
5. 法人代表:前田 浩利(医療法人財団はるたか会 理事長)

# 令和9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 家族による支援を前提とした現状を変え、本人の自立した地域生活を可能にするためのサービスの拡充

### (1)生活介護

18歳以上のニーズ拡大は確実に視されているが、放課後等デイサービスと生活介護の報酬には大きなギャップがあり、生活介護事業所の不足が極めて深刻である。また、重度者を受け入れるほど採算が取れない構造となっている点も制度上の課題である。放課後等デイサービスとの報酬ギャップを解消するとともに、重度者の受け入れを想定した報酬区分の再考を求める。

### (2)短期入所

短期入所の受け皿は、全国的に決定的な不足に陥っている。福祉型は人件費すら賄えず運営が成り立たない。医療型は地域医療計画の中で病床数削減が進む中で有床診療所の新規開設の許可が取りにくいことに加え、医師の常駐・宿直義務が大きな障壁になっている。短期入所の供給先確保に向けて、基本報酬や加算の整備等を進めるとともに、「動ける医ケア児者」の受け入れも想定した「医療的ケア児者専門短期入所」を第3類型として、新たに創設・整備することを求める。

### (3)看護小規模多機能型居宅介護(共生型の活用)

新規施設の開設が困難な中山間地域や過疎地において、看護小規模多機能型居宅介護の共生型を活用することは、レスパイトの選択肢を広げるための有効なモデルである。しかし、現在の報酬では採算が全く取れず、事業者の善意によって運営されている。共生型における医ケア児者等の受け入れ体制を適切に評価し、採算が取れる基本報酬や加算の整備を求める。

## 2 動ける医ケア児者の受け入れ体制の整備

「動ける医ケア児者」は、介護負担が極めて大きいものの、重心児者の判定から外れるため、サービスの受け入れ先が限定されている。医ケアと安全確保を同時に担う体制が未整備なため、制度の狭間で家族が心身ともに限界に達していることが喫緊の課題である。「見守りスコア」を負担を現実に見合うように見直し、各サービスにおいて重心児者と同等の受け入れ評価や報酬体系にすることを求める。

## 3 地域での自立した生活を可能にする移動の支援を整備

単独での移動が困難な者が、適切な支援を受けながら移動できる環境の整備は不可欠であるが、現状は「家族による支援」が前提の制度設計のため、自立した日常生活を支えることができていない。3号研修の範囲を超える医ケアが必要な児者の場合、看護師の対応が必須であるが、地域生活支援事業の移動支援は原則としてヘルパーによる対応が想定されているため、結果として家族が対応せざるを得ない。また、自治体ごとに運用内容が異なり、地域格差が生じているのも現状である。家族に依存せず、通学や通所のみならず、自律的かつシームレスな地域生活を支える発想での移動支援の再構築を求める。

## 4 災害対策の強化を目指し、個別避難計画の策定と実施に対する評価・報酬を整備

個別避難計画の策定は市町村の努力義務となっているが、在宅人工呼吸器児における策定率は5%(日本小児科学会調べ)にとどまっており、作成されたとしても形骸化する事態が発生している。また、計画策定には福祉と医療の視点が不可欠であるが、現行の体制では、医療職が連携した際の評価が極めて乏しい。計画の策定から検証までのPDCAサイクルを制度化し、各プロセスへの評価体系の構築を進めるとともに、福祉職と医療職の共同策定の標準化や連携に対する報酬策定を求める。

# 令和9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 家族による支援を前提とした現状を変え、本人の自立した地域生活を可能にするためのサービスの拡充

### (1) 生活介護

#### 【背景、論拠】

医療技術の進歩に伴い、地域で暮らす医ケア児者・重心児者が増加している。特に「児から者へ」と移行し累積していく構造上、18歳以上のニーズ拡大は確実視されているが、成人期の受け皿となる生活介護事業所の不足は極めて深刻である。生活介護に関する2020年の資料(参考①)では、「重心者の受け入れは難しい」と回答した生活介護事業所は7割を超えており、医ケア者を1名も受け入れていない事業所も約8割にのぼることが明らかになっている。この結果から、医ケア者や重心者の受け入れが可能な専門性の高い事業所を開設・運営する障壁は非常に高いことが分かる。結果として、成人期以降の受け皿が不足している。

この課題を解決する有効な策が、既存の放課後等デイサービス(以下、「放デイ」と記載)の運営法人が成人に移行した利用者をそのまま受け入れることである。幼少期から信頼関係を築いてきたスタッフが、慣れ親しんだ場所で切れ目なく支援することは、環境変化に敏感な医ケア者の体調リスク軽減に直結し、家族が安心して社会生活を継続するための基盤となる。また事業者にとっても新規に利用者を受け入れる際の負担が発生しないというメリットがある。

しかし、放デイの運営法人が生活介護も担おうとすると、現行の報酬体系が大きな障壁となる。例えば、定員5名の重心型放デイ事業所で学校休業日に重心児を受け入れた場合と、定員5名以下の多機能型生活介護事業所で区分6の利用者を6時間以上7時間未満受け入れた場合を比較すると、生活介護は1名あたり43%の減収となる(参考②)。身体の成長に伴い介助負荷や人手が増大する成人期において、18歳を境に報酬単価が下がる現行の仕組みは、成人した者を生活介護で受け入れるよりも、放デイで新規の利用者を獲得するほうが経営的には有利であり、生活介護事業を始める誘引にならない。

また、重度者を受け入れるほど採算が取れない構造となっている点も生活介護の制度上の課題である。障害支援区分における最重度の「区分6」(参考③)では身体状態やケア量のグラデーションが広く、人工呼吸器の使用や頻回な痰の吸引を要する高負荷な支援が適切に評価されにくい。その結果、現場では「医ケアの軽い利用者が優先される」「状態の重い利用者が敬遠される」といった利用者の選別が生じざるを得ない場合もあり、真に支援を必要とする重度者・動ける医ケア児者が行き場を失っているとの声も聞かれる。

#### 【意見・提案の内容】

- 放デイと生活介護の報酬のギャップの解消
- 基本報酬区分に「医療的ケアスコア」による評価を導入するといった、重度の医ケア者・重心者の受け入れを想定した報酬区分の再考

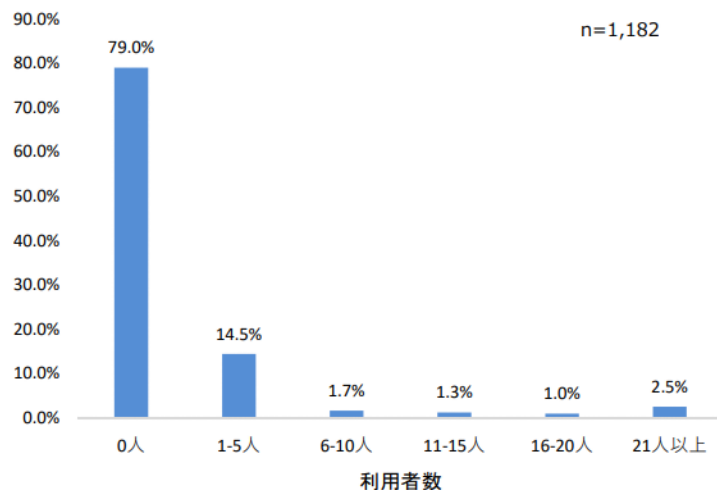
# (参考①) 医ケア者・重心者における生活介護の受け皿の不足

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム(2020年)「生活介護に係る報酬・基準について《論点等》」P12.15

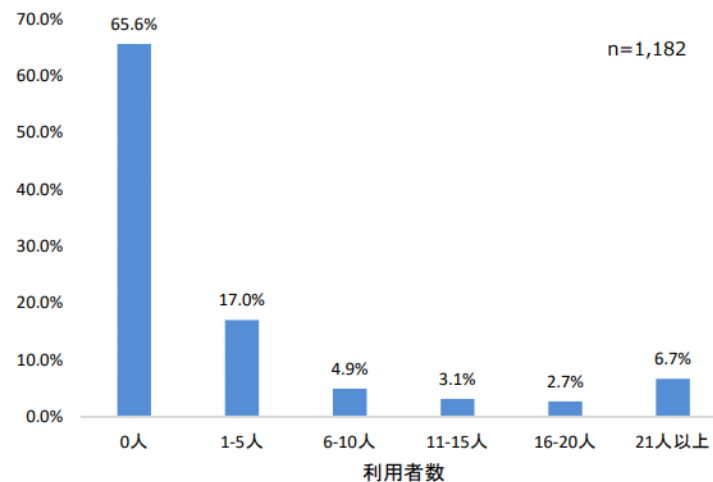
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000684672.pdf>

- 生活介護事業所における医療的ケアを必要とする利用者数は、0人が79.0%、1人から5人が14.5%等となっている。
- 生活介護事業所における医療的ケアを必要とする者又は重症心身障害者の利用者数は、0人が65.6%、1人から5人が17.0%等となっている。

医療的ケアを必要とする利用者を受け入れている事業所 (令和元年9月)



医療的ケアを必要とする利用者又は重症心身障害者を受け入れている事業所 (令和元年9月)



## 現状・課題

- 生活介護においては、重症心身障害者の「受け入れは難しい」とする事業所は75.2%となっており、重症心身障害者の地域生活を支えるために十分な受け皿の確保を進めていくことが必要。
- 関係団体ヒアリングでは、障害児通所サービスの「主たる利用者が重心」類型で事業展開している例を挙げ、重症心身障害者に特化した報酬単価の創設について要望がある。

## (参考②) 放デイと生活介護の報酬比較

「一般社団法人全国重症児者デイサービス・ネットワーク」による集計資料より作成

### ◎放デイ

#### 【条件】

- ・定員5名の重心型放デイ事業所
- ・重心児
- ・学校休業日に重心児を受け入れ

#### 【報酬内訳】

- ・基本報酬:20,560単位
- ・看護職員加配加算:8,000単位
- ・児童指導員加配加算:3,740単位
- ・専門的支援加算:2,470単位
- 合計:34,770単位

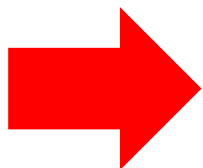
### ◎生活介護

#### 【条件】

- ・定員5名以下の多機能型生活介護事業所
- ・区分6の利用者
- ・6時間以上7時間未満の受け入れ

#### 【報酬内訳】

- ・基本報酬:16,280単位
- ・常勤看護職員等配置加算:320単位
- ・人員体制加算:3,210単位
- 合計:19,810単位



放デイ(34,770単位) > 生活介護(19,810単位)

生活介護では、1名あたり **43%の減収** となる

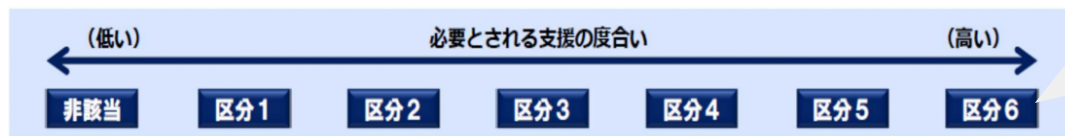
## (参考③) 障害支援区分について

厚生労働省(2022年)「障害支援区分に係る研修資料<共通編>」P4  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001155808.pdf>

### 障害者総合支援法における「障害支援区分」

## 障害支援区分とは？

- 障害者総合支援法第4条第4項  
障害者等の障害の多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとして厚生労働省令で定める区分。



最重度の「**区分6**」では身体状態やケア量のグラデーションが広く、人工呼吸器の使用や、頻回な痰の吸引といった**高負荷な支援が、適切に評価されにくい。**

支給決定プロセスの透明化・明確化のため、**公正・中立・客観的な指標の一つとして認定されるもの。**

基本報酬区分に「**医療的ケアスコア**」による評価を導入するといった、重度の医ケア者・重心者の受け入れを想定した**報酬区分の再考**が必要である

# 令和9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 家族による支援を前提とした現状を変え、本人の自立した地域生活を可能にするためのサービスの拡充

### (2) 短期入所

#### 【背景、論拠】

厚労省の調査によると、全国の医ケア児家庭の82.7%が緊急時レスパイトを利用できておらず、78.6%が医ケア対応施設の整備を求めている(参考④)。この結果から、医ケア児者や重心児者を受け入れられる短期入所の資源は、全国的に決定的な不足に陥っていることが分かる。

短期入所の福祉型と医療型では報酬単価に圧倒的な格差があり、福祉型で看護師配置が必須の医ケア児者・重心児者の受け入れを行うと、人件費すら賄えず運営が成り立たないのが現状である。また、訪問診療の報酬算定も認められていないため、医療濃度の高い医ケア児者・重心児者の受け皿として広がりにくい。加えて、医師不在に起因する指揮命令系統の機能不全など、制度上の不備も懸念される。(参考⑤)

医療型については、地域医療計画により病床数削減が進む中で、有床診療所の新規開設の許可が取りにくくなっていることに加え、医師の常駐・宿直義務が大きな障壁になっている。また、開設手順や申請手続きに関する情報が分散している影響で新規参入者の負担が重く、結果として供給が圧倒的に不足している。医師常駐特例の活用によって担い手を増やす動きもあるものの、特例の安易な拡大は「医療機関」としての設立基準や定義そのものを揺るがしかねない。加えて、報酬単価が運営コストに見合っておらず、参入意欲があっても経営上の理由から断念せざるを得ないという財務面の課題も存在する。(参考⑥)

これらの課題を解決する手段として、看護師常駐や協力医療機関連携、専用報酬体系を備えた「医療的ケア児者専門短期入所」を第3類型として創設・整備することを提案する。(参考⑦)

#### 【意見・提案の内容】

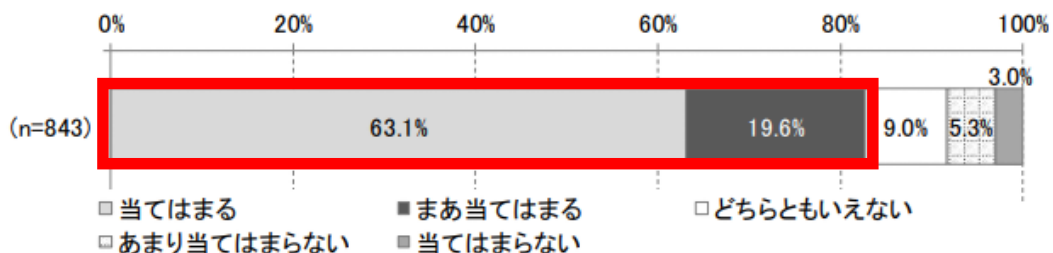
- 都道府県・市区町村による数値目標付きの整備計画策定・公表を義務化し、医ケア児支援法の実効性強化
- 【福祉型】医療連携加算や看護師配置加算等の新設、報酬単価の引き上げによる、医療型に相当する額への報酬見直し
- 【医療型】重度の医ケア児者や重心児者の受け入れに対する加算の強化や夜間加算の新設等による、報酬体系の抜本的な見出し
- 【医療型】都道府県による医療法第16条の特例(4要件)の積極運用を促すとともに、その安全基準を明確に整備
- 【医療型】有床診療所開設支援として、全都道府県において相談窓口や講習会の実施体制を整備
- 【第3類型の新設】看護師常駐・協力医療機関連携・専用報酬体系を備えた「医療的ケア児者専門短期入所」を新たに創設・整備

## (参考④)レスパイト施設の不足

三菱UFJリサーチ & コンサルティング(2020年)「令和元年度障害者総合福祉推進事業 医療的ケア児とその家族の生活実態調査報告書」P41.56

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653544.pdf>

図表 87 急病や緊急の用事ができた時に、医療的ケアを必要とする子どもの預け先がない

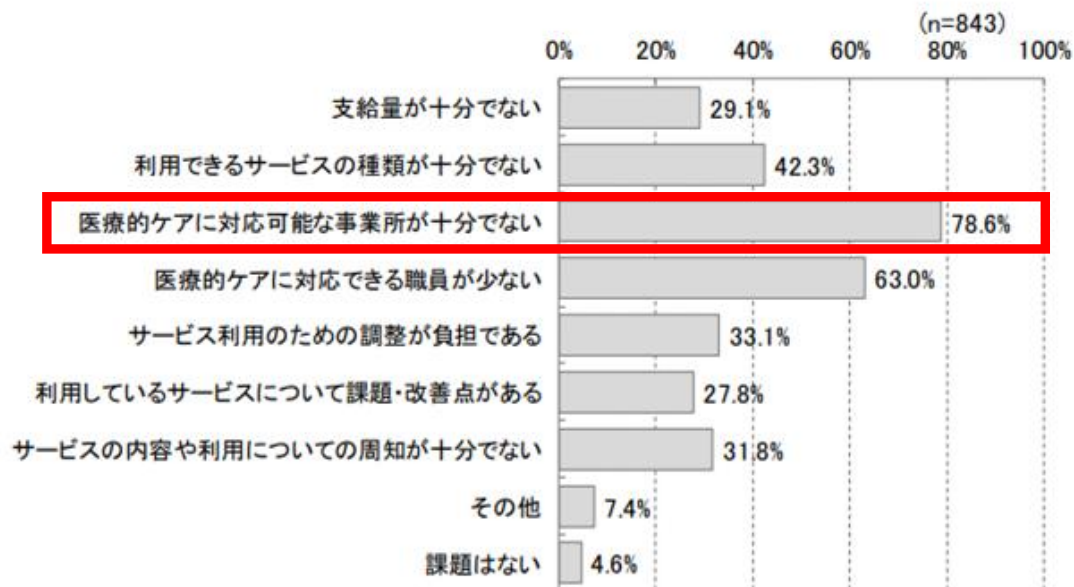


医ケア児家庭の

**82.7%** が

緊急時レスパイトを  
利用できていない

図表 67 障害福祉サービス等の利用にあたっての課題（複数回答）



医ケア児家庭の

**78.6%** が

医ケア対応施設の  
整備を求めている

## (参考⑤) 福祉型短期入所の限界

医療法人財団はるたか会 前田浩利(2026年)「医療的ケア児レスパイト制度改革～医療型短期入所の抜本的拡充に向けて～」P4  
※2026年5月27日超党派医療的ケア児者支援議員連盟総会にて発表

### 現行「福祉型（強化型）」短期入所の問題点

#### 問1 医療的ケアの対応限界

人工呼吸器管理・高度吸引等、対応できる医療行為に上限があり、重度の医療的ケア児を受け入れられないケースが多い。

#### 問2 医師不在による指示系統の脆弱性

福祉事業所に医師が常駐しないため、急変時の医療判断が看護師に委ねられ、指示系統が不明確になりやすい。

#### 問3 制度上の曖昧さと利用者の混乱

「医療型」ではないにもかかわらず医療的ケアを行うため、利用者が受けられるケアの範囲・責任の所在を誤解しやすい。

#### 問4 報酬体系の不均衡

医療型より報酬が低く設定されているにもかかわらず、医療的に高度なケアを求められ、事業所の経営・人材負担が大きい。 **赤字必至**

## (参考⑥) 医療型短期入所の制度上の問題点と特例活用の課題

医療法人財団はるたか会 前田浩利(2026年)「医療的ケア児レスパイト制度改革～医療型短期入所の抜本的拡充に向けて～」P3  
※2026年5月27日超党派医療的ケア児者支援議員連盟総会にて発表

### ① 有床診療所の壁

宿泊型短期入所は病院または有床診療所が必要。小規模クリニックも許可が要る。

### ③ 採算性の問題

報酬単価が運営コストに見合わず、参入意欲があっても経営上断念するケースが多い。

### ② 医師常駐要件

医師の宿直義務があり、日中・夜間とも在籍が必要とされる運用が多い。

### ④ 情報・支援の不足

開設手順・申請手続きの情報が分散し、新規参入者の負担が非常に大きい。

## 医師常駐特例の活用に伴う課題

### 医療機関設立基準緩和のリスク

医療機関は「常に医師が医療を提供できる状態」が大前提。特例の拡大適用が進むと、「医療機関としての設立基準・定義そのものが揺らくおそれがある。

### 施設増加時の安全性担保

- ▶ 緊急時に医師が間に合わない事態のリスク
- ▶ 看護師・介護職の判断に過度に依存する場面が増加
- ▶ 事故発生時の責任の所在が不明確になりやすい
- ▶ 質の保証・監督体制が整備スピードに追いつかないリスク

→ 特例の活用推進と同時に、安全基準の明確化が重要

## (参考⑦) 第3の類型の提言

医療法人財団はるたか会 前田浩利(2026年)「医療的ケア児レスパイト制度改革～医療型短期入所の抜本的拡充に向けて～」P4  
※2026年5月27日超党派医療的ケア児者支援議員連盟総会にて発表

提言：第3の類型の創設	
医療的ケア児者・重症心身障害児者専門 短期入所（仮称）	
制度設計の骨格	
看護師の常時配置	医師常駐不要（協力医療機関との連携協定で代替）
協力医療機関の明示	急変時に30分以内に医師対応できる体制を義務付け
対応可能ケアの公開	対応できる医療的ケアのレベルを明示・公表
定期医師カンファレンス	月1回以上の医師による健康管理・情報共有会議
専用報酬体系	医療型に準じた報酬設定と質の第三者評価の導入

※第3の類型では、「動ける医ケア児者」の受け入れも想定した体制を整備することが必要である  
（例：重心児者の同等の受け入れ評価・報酬体系にする）

# 令和9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 家族による支援を前提とした現状を変え、本人の自立した地域生活を可能にするためのサービスの拡充

### (3) 看護小規模多機能型居宅介護(共生型の活用)

#### 【背景、論拠】

短期入所の新規開設が困難な中山間地域や過疎地において、既存の看護小規模多機能型居宅介護(共生型)を活用して、少人数の医ケア児者・重心児者を支えることは、レスパイトの受け皿を広げるための有効なモデルと考えられる。共生型サービスの発足以来、補助事業などを通じた普及推進が行われているものの、発足5年目になる2022年11月時点で、取り組んでいる介護保険サービス事業所(共生型障害福祉サービス事業所)は、1,056事業所にとどまっている(参考⑧)。

実際、令和7(2025)年3月に公開された看護小規模多機能型居宅介護に関する調査研究事業の報告書によれば、令和6年10月31日時点における看多機の共生型サービス利用者数は、全国の回答事業所の合計でわずか「38人」であり、1事業所あたりの平均利用者数は「0.1人」という壊滅的な数字であった。共生型サービスの利用者が1人でも存在した事業所は、全国規模の調査において、たった11か所に過ぎない。(参考⑧)

共生型サービスが広まらない大きな要因の一つが、現場の実態に見合っていない報酬上の課題である。現在、共生型を実施している施設では、採算が全く取れず、事業者の善意や他の事業による「持ち出し」によって運営が維持されている実態がある(参考⑨)。

障害福祉制度と介護保険制度の連携強化により、相互に専門性を補完・向上しながら限られた地域資源を最大限に活かすアセットとして、共生型の看護小規模多機能の普及は非常に有効である。とりわけ、動く医ケア児者や重心児者に対応可能な適切な加算を付けることで、経営的な持続可能性を確保し、過疎地や中山間地に絶対的に不足している受け皿を増やす必要がある。

#### 【意見・提案の内容】

- 共生型における医ケア児者・重心児者受け入れのための専門性・安全管理を評価し、基本報酬や加算を整備

# (参考⑧) 看護小規模多機能型居宅介護(共生型)の報酬の実態

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2023年)「令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 今後の共生型サービスの整備方針に関する調査研究事業 報告書」P2.9.16

[https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai\\_230420\\_07.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai_230420_07.pdf)

C. 共生型障害福祉サービス事業所			D. C.の共生型障害福祉サービス事業所の指定特例を受けた介護保険サービス事業所		
障害福祉サービス	共生型 居宅介護	146	訪問介護		
	共生型 重度訪問介護	27	訪問介護		
	共生型 短期入所	74	短期入所生活介護(介護予防を含む) (看護)小規模多機能型居宅介護(予防を含む)の「泊り」部分		
	共生型 生活介護	600	通所介護(地域密着型を含む) (看護)小規模多機能型居宅介護(予防を含む)の「通い」部分		
	共生型 自立訓練(機能訓練)	36	通所介護(地域密着型を含む) (看護)小規模多機能型居宅介護(予防を含む)の「通い」部分		
	共生型 自立訓練(生活訓練)	17	通所介護(地域密着型を含む) (看護)小規模多機能型居宅介護(予防を含む)の「通い」部分		
	小計	900			
障害児通所支援	共生型 児童発達支援	33	通所介護(地域密着型を含む) (看護)小規模多機能型居宅介護(予防を含む)の「通い」部分		
	共生型 放課後等デイサービス	123	通所介護(地域密着型を含む) (看護)小規模多機能型居宅介護(予防を含む)の「通い」部分		
	小計	156			
合計	1056				

(出所) 厚生労働省資料を基に作成。

共生型障害福祉サービス、共生型介護保険サービスともに、「(申請があれば受けつけるが) 現段階では積極的に整備する予定がない」と回答した自治体は、いずれも**6割前後**に及んでいる。

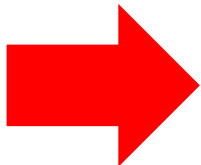
三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2025年)「令和6年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 看護小規模多機能型居宅介護の更なる普及と機能強化に関する調査研究事業 報告書」P61

[https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai\\_230420\\_07.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai_230420_07.pdf)

図表 4-24 登録者数(令和6年10月31日時点)(問13)

	回答事業所数(件)	登録者の合計数(人)	平均値(人)	標準偏差(人)	中央値(人)
登録者数	375	7,928	21.1	5.6	22.0
うち、共生型サービスの利用者数	375	38	0.1	0.7	0.0

※共生型サービスの利用者数が1人以上いた事業所は11か所(回答事業所のうち2.9%)



看多機(共生型)を含む、  
共生型サービスの普及が進んでいない現状がうかがえる

## (参考⑨) 看護小規模多機能型居宅介護(共生型)の報酬の実態

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2023年)「令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 今後の共生型サービスの整備方針に関する調査研究事業 報告書」

[https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai\\_230420\\_07.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai_230420_07.pdf)

### ▼事業所の声①(P66-67)【介護】短期入所生活介護、【共生型障害福祉】短期入所

障害児を対象とした短期入所は、夜勤職員1名に対して大よそ3名の利用者を受け入れなければ赤字となる。一方、空床利用のため、短期入所生活介護の利用状況によって、受入可能な人数が左右する。赤字分は、放課後等デイサービス、児童発達支援などの他事業で補填している。

経営的なメリットは少ない。短期入所生活介護なども含めた法人全体でみると黒字ではあるが、共生型短期入所単体でみると赤字である。今後ニーズが高まり1日3名程度の利用があれば経営的に成り立つだろうが、共生型サービスは報酬単価が低いことも課題である。

### ▼事業所の声②(P52-53)【介護】通所介護、【共生型障害福祉】生活介護

開設以来2年を経過して明らかになったことは、基本報酬体系が課題であるということである。共生型生活介護の利用者(障害者)が多くなるにしたがって共生型サービスの各種加算を取得しない限り経営は厳しい。

### ▼事業所の声③(P52-53)【介護】通所介護、【共生型障害福祉】児童発達支援、放デイ

現行の報酬単価は、適正な事業に取り組むために必要な水準の3~4割程度にしか過ぎない。例えば、通所介護の活動の場所の面積が広い分、賃料負担が大きい。収支を考えると、事業に必須なバックオフィスを整備することはできない。本来であれば、合理的な人材配置をして、サービス面においても拡充等に取り組むたいが、現状、十分に取組めていない。

児童発達支援と放課後等デイサービスの多機能型事業所は、月間売上は200万程度だが、共生型の単価で算定した場合の収支差は最大でマイナス37.6%、平均すると約30%になる。これでは、共生型サービス事業を今後、推進しようと思うことはできない。

# 「1家族による支援を前提とした現状を変え、本人の自立した地域生活を可能にするためのサービスの拡充」×6つの視点

## 【視点1】持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

重心児者や医ケア児者が地域で自立生活を送り、家族の介護負担が減ることは、家族の離職防止(税込・労働力の確保)や将来的な施設入所コストの抑制に直結し、社会保障制度全体の持続可能性や費用削減に大きく貢献することができる。

## 【視点2】人材の確保・育成・専門性向上及び業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策

生活介護、短期入所、看多機(共生型)における専門性・安全管理を報酬上で正当に評価することで適切な加配が可能になり、職員1名あたりの過度な負担を軽減し、質の高い人材の職場定着と業務の効率化を図ることができる。

## 【視点3】令和6年度・8年度報酬改定後における経営状況、賃上げや物価等への対応状況

放デイや生活介護の報酬において時間制が導入されたことで、短時間のみの預かりを実施している事業者が壊滅的な打撃を受けた。これにより、預かりを必要としている医ケア児者・重心児者の受け皿がさらに限定された。

## 【視点4】ニーズに応じた過不足のないサービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

中山間地域での看多機(共生型)活用モデル等、既存資源の活用により、全国どこに住んでいても個々のニーズに応じたサービスが受けられる体制を構築することができる。既存の施設に重度の医ケア児者・重心児者に対応できる看護師が加配できるよう、報酬の整備が必要である。

## 【視点5】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

生活介護等への「医療的ケアスコア」による評価の導入や、重度の医ケア児者・重心児者に特化した「第3の短期入所類型」を創設することで、家族ありきになっているケアのあり方を変えたり家族の離職を防止するとともに、サービス全体の質を向上させることができる。

## 【視点6】地域生活の支援や重度化・高齢化への対応、他制度との連携強化等の課題への対応方策

放デイから生活介護への円滑な移行支援や、医療と福祉の「共生型サービス」の活用(看多機等)を促進し、他制度との連携を強化することで、幼少期から成人期、さらには高齢期までを見据えた切れ目のない地域生活支援体制を実現することができる。

# 令和9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 動ける医ケア児者の受け入れ体制の整備

### 【背景、論拠】

医ケア児者の中には、自力で歩行や移動が可能な「動ける医ケア児者」が存在する。「動ける医ケア児者」は、重心児者の判定から外れるため、一見するとケア負担が軽いと誤解されがちであるが、2023年の資料によると(参考⑩)、特に「気管切開を行っている児」においては、運動機能が向上するほどケア時間および家族の心理的負担感が有意に増加することが示されている。これは、動きが活発になることでカニューレの事故抜去やトラブルのリスクが高まり、より厳密な安全管理(見守り)が必要となるためである。

しかし、現在の福祉サービスにおいては、医ケアへの対応と、移動に伴う安全確保を「同時に」担う支援体制が十分に整っていない。「動ける医ケア児者」は、医ケアと同時に歩行や多動に伴う行動面の支援も必要とするため、短期入所や共同生活援助などの各サービスにおいて受け入れ先が極めて限定されており、制度の狭間に取り残されている。

実際に「動ける医ケア児者」と暮らす家族の日常は、細切れの睡眠を余儀なくされ、食事を座ってとる余裕すらないなど、心身ともに限界に近い状態にある(参考⑪)。「動ける医ケア児者」の受け入れ体制を早期に整備し、家族の負担を軽減することは、喫緊の課題である。

### 【意見・提案の内容】

- 見守りへの負担を正當に評価し、「医療的ケアスコア」における「見守りスコア」の見直し
- 各サービスにおいて「動ける医ケア児者」を受け入れた際に、重症心身障害児者と同等の評価および報酬が得られるよう制度を整備

# (参考⑩) 動ける医ケア児のケア負担

European Journal of Pediatrics (2023年)「The care burden for technology-dependent children with long-term home ventilation increases along with the improvement of their motor functions」より

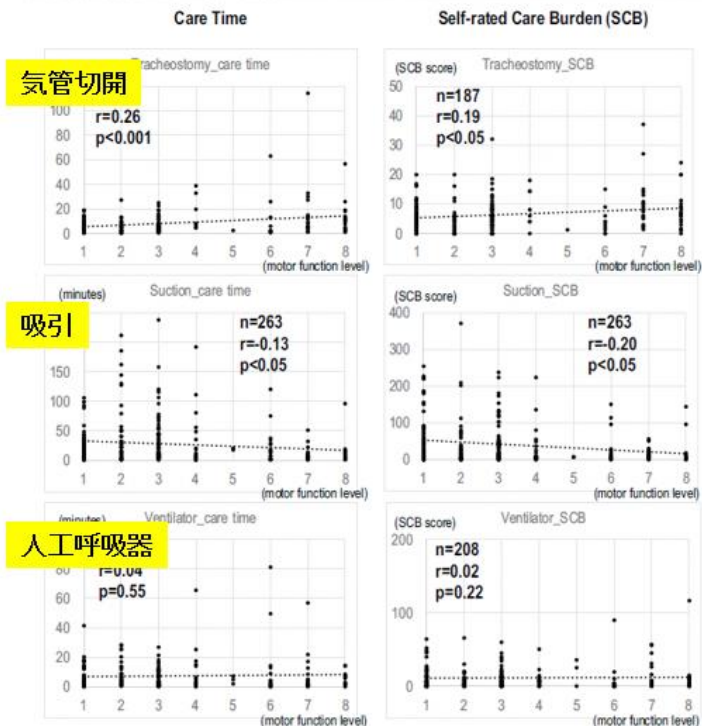
The care burden for technology-dependent children with long-term home ventilation increases along with the improvement of their motor functions  
 European Journal of Pediatrics  
 29 September 2023

European Journal of Pediatrics

Fig. 3 A Correlation between motor function level (1–8 abscissa) and CT (left column, in minutes), and between motor function level and SCB (right column, in SCB scores) with 3 devices. B Correlation between age (abscissa) and CT (left column), and between age and SCB (right column)



### A: Correlation with Motor function



2019年~2020年  
 全国18か所の小児在宅医療機関で1162人の医療的ケア児者の家族にアンケートを郵送  
 552人から回答 そのうち19歳以下の418人について分析

- ・気管切開 = 動くときケア時間も負担も増える
- ・吸引 = 動くときケア時間も負担も減る
- ・人工呼吸器 = 動くようになってもケア時間も負担も変わらない

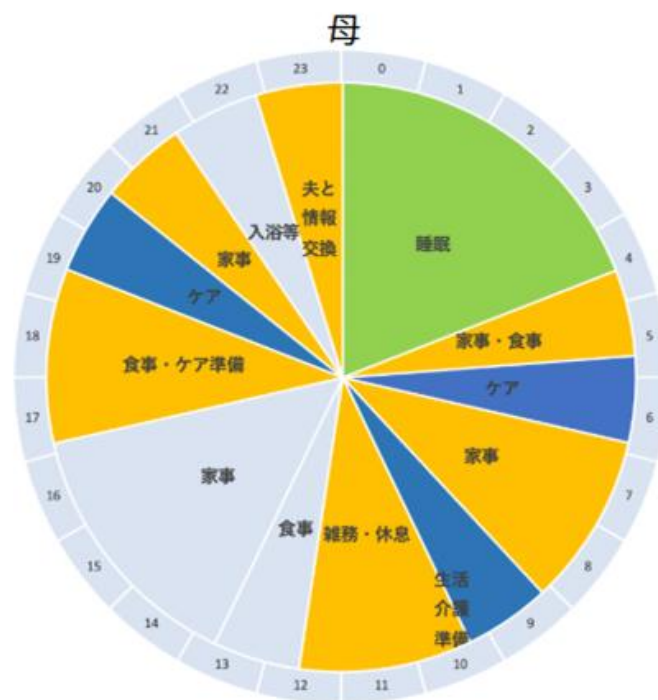
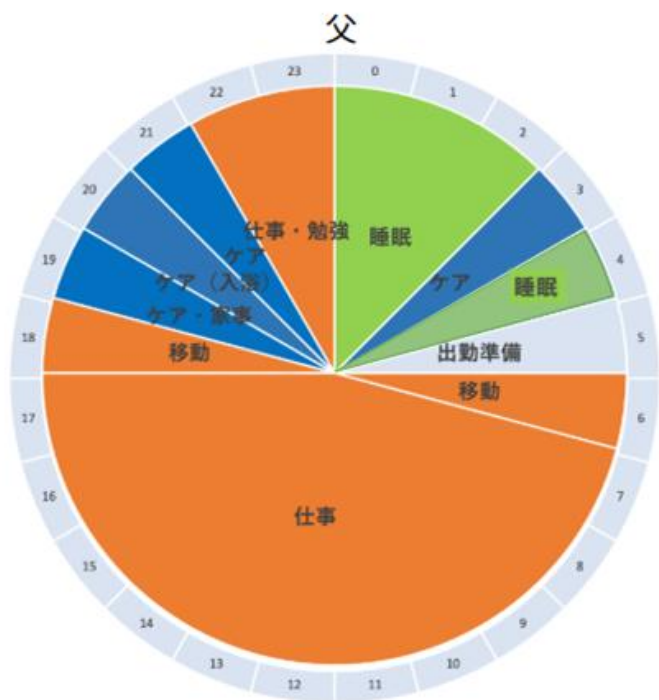


# (参考⑪) 動ける医療的ケア児者の家族の日常

弊社親の部会「医療的ケア児・者家庭の実態と必要な支援のあり方 保護者による全国アンケート調査(2025)の速報」より ※2025年12月17日超党派医療的ケア児者支援議員連盟総会にて発表

## ある家庭の例

- ・ k父が、仕事と夜間ケアを担当。細切れ睡眠が日常。
- ・ 母は、早朝に父を送り出す。夕方のケアのために、夕食は朝も夕も早めに立って食べる。



# 「2動ける医ケア児者の受け入れの体制の整備」×6つの視点

## 【視点1】持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

動ける医ケア児者が地域で自立生活を送り、家族の介護負担が減ることは、家族の離職防止(税込・労働力の確保)や将来的な施設入所コストの抑制に直結し、社会保障制度全体の持続可能性や費用削減に大きく貢献することができる。また、動ける医ケア児はデバイスから離脱する率が高いことの優位性が医学的に検証可能となりつつあり(参考⑫)、早期のリハビリテーションや療育・発達支援等の導入・実施により社会的な適応性が高まることによって、将来的に社会全体の経済利益や社会コストの軽減に寄与する可能性が高まる。

## 【視点2】人材の確保・育成・専門性向上及び業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策

活発に動く医ケア児者の事故防止には、高度な予測能力を持つ専門人材が必要である。この「見守り」が適切に評価されることで、現場に適切な人員を配置できるため、職員1名あたりの負担が軽減され、離職の防止に繋がる。

## 【視点3】令和6年度・8年度報酬改定後における経営状況、賃上げや物価等への対応状況

令和3年度の報酬改定で医療的ケアスコアにおける「見守りスコア」が新設されたが、その後、実態に合わせた点数の見直しが行われていない。実態に合わせて適切に評価されるようにすることで、動ける医ケア児者の受け皿を増やすことができる。

## 【視点4】ニーズに応じた過不足のないサービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

現在は、動ける医ケア児者のニーズに対応できる事業所が不足しているが、見守りにかかるコストを適切に評価することで、動ける医ケア児者に対応するための人員配置が可能になり、地域における受け皿の過不足を解消できる。

## 【視点5】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

見守りスコアを見直すことで適切な人員配置が可能になり、事業所ごとの支援の質のバラつきを抑えることができる。

## 【視点6】地域生活の支援や重度化・高齢化への対応、他制度との連携強化等の課題への対応方策

現在は、動ける医ケア児者のニーズに対応できる事業所が不足しているが、見守りにかかるコストを適切に評価することで、動ける医ケア児者に対応するための人員配置が可能になり、地域生活の実現に寄与することができる。また、動ける医ケア児はデバイスから離脱する率が高いことの優位性が医学的に検証可能となりつつあり(参考⑫)、早期のリハビリテーションや療育・発達支援等の導入・実施により社会的な適応性が高まることによって、地域での自立した生活に繋がる。

# (参考⑫) 動ける医ケア児のデバイス離脱率の有意性

European Journal of Pediatrics (2023年)「The care burden for technology-dependent children with long-term home ventilation increases along with the improvement of their motor functions」より

The care burden for technology-dependent children with long-term home ventilation increases along with the improvement of their motor functions  
European Journal of Pediatrics  
29 September 2023

2023年2月

アンケートに回答した19歳以下の418人のうち経過を追跡できる262名について医療的ケアの予後を分析した

0～8歳で動く子の群は他の群に比べてデバイスから離脱する率が有意に高い

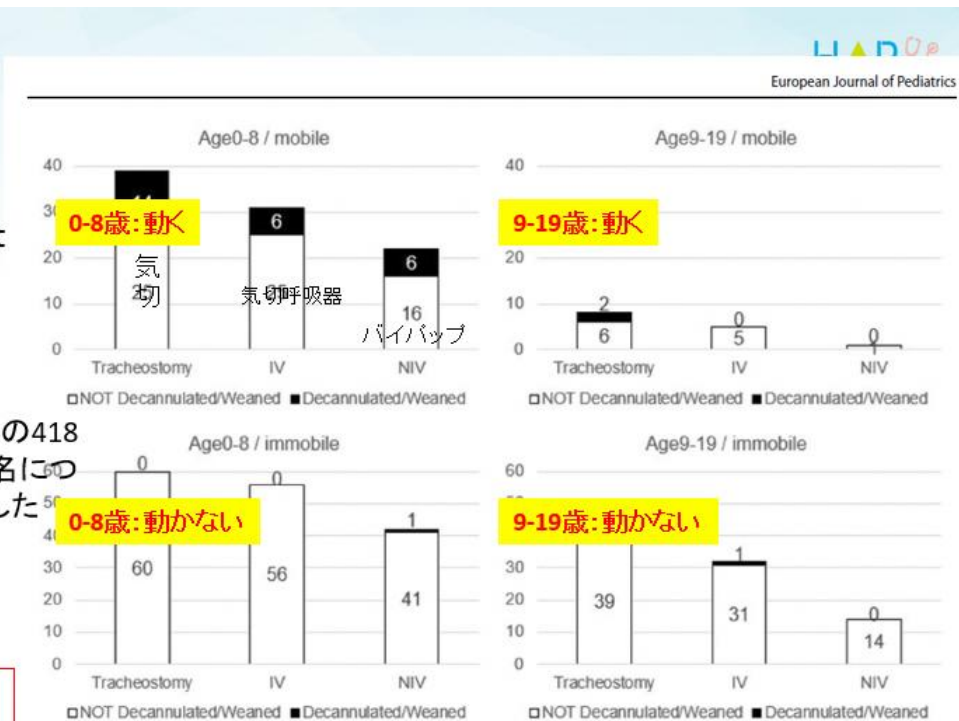


Fig. 4 Age- and mobility-dependent withdrawal cases from tracheostomy and/or ventilator. TDC who are "mobile" are Lv.6-8 and not supported by C-SMID, and "immobile" indicates those who are Lv.1-5 and cannot move on their own (see also Table 2). The axis shows the number of cases. Black columns indicate cases that were

decanulated or weaned from the ventilator, and white columns indicate cases that continuously need the devices at the time point of February 2023. In this figure, TDC with multiple devices are counted in both device categories



# 令和9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 地域での自立した生活を可能にする移動の支援を整備

### 【背景、論拠】

かつては医療機関や家庭で過ごすことが多かった医ケア児者・重心児者も、いまでは保育所や学校に通ったり、就労したりと、地域社会の中で生活する姿が広がりつつある。それに伴い、通園、通学、通勤、通所、受診、余暇活動等のあらゆる場面において、移動が必要になってきている。

しかし、本人単独での移動が困難な場合であっても、現状の制度設計は「家族による支援」を前提としており、本人の自立した生活を支えるための移動支援が十分に整備されていない。日常生活や社会参加を支援するための「移動支援」サービスは存在するものの、地域生活支援事業として実施されているため、利用対象や報酬に大きな自治体間格差が存在している。また、3号研修で認められている範囲以上の医療的ケアの対応が必要な場合、看護師対応が必須となるが、現行の地域生活支援事業による「移動支援」は、原則としてヘルパーによる対応が想定されているため、家族が対応せざるを得ない(参考⑬)。結果として、移動に対する支援が適切に機能しておらず、家族の負担が過重になっているだけでなく、本人自身の社会参加の機会も大きく制約されている。

この「家族の付き添い前提」という課題は、各ライフステージにおいて、以下のような影響を及ぼしている。

**未就学期(通園)**: 未就学児の送迎を保護者が担うことは、障害の有無に関わらず一般的ではある。一方で、頻回な吸引が必要な児などの場合、保護者が一人で運転とケアを両立して送迎するのは極めて困難なケースがある(参考⑭)。しかし、現状では未就学児の送迎は保護者の責任とされ、公的な支援が不足している。

**学齢期(通学)**: 文部科学省の調査によると、特別支援学校への通学時に自家用車を活用している家庭は57.3%、登下校時のみ医ケアを行うために保護者等が付き添っている家庭は57.5%に及ぶ(参考⑮)。学校教育の場でありながら、移動における家族の付き添いが前提となっている実態が伺える。

**成人期(通所・就労)**: 成人になり生活介護を利用するようになると、放デイを利用していた時期よりも終了時間が早くなることが多い。そのため、保護者が子の成人前と同様に就労を継続することが難しくなるケースがある。実際に、生活介護の送迎バス降車時に保護者が同行できない場合でも、第三者が対応できるよう移動支援や行動援護等のサービスを柔軟に組み合わせて利用できる仕組みを求める声が寄せられている(参考⑯)。

### 【意見・提案の内容】

- 医ケア児者・重心児者への自立支援の一環として、家族の支援に頼らず、日常生活に必要な移動(通園・通学・通所・通勤、余暇活動、入所先への移動時等)を全般的にカバーする新たな移動の支援を抜本的に整備

## (参考⑬\_1) 移動支援における報酬の不足(看護師派遣の困難)

### ▼支援関係者からの声

看護師でないと移動時のケアを担えないケースが多い。したがって、医ケア児者・重心児者が現状の移動支援制度を使うのは現実的でなく、ほとんどの家庭が家族対応かつ自家用車を利用して移動している。

→移動の支援を利用できない結果、家族が運転とケアの両方を担いながらの緊迫した移動をせざるを得ない。

### ▼東京都を中心に障害児支援を行っている事業所の状況

医ケア対応のために看護師を派遣する場合、移動支援単体では採算が取れないため、他の制度との組み合わせで特例的に受け入れている。移動支援単体での利用相談が頻回に入ってくるが、断らざるを得ない状況である。

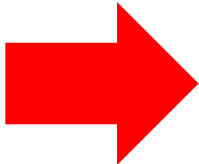
→看護師による移動の支援に対するニーズは表出しているものの、報酬の不足から断らざるを得ず、支援を必要としている家庭にサービスが行き届いていない。

### ▼北海道で障害児者支援を行っている事業所の状況

幼少期から継続して支援してきた利用者との信頼関係があるため、利益にはならないが、本人の社会参加を支えるために移動支援を担っている。

例) 電車に乗ってドーナツの販売手伝いに行くという、就労体験のための外出への同行  
ランチを食べに行く・プリクラを取りに行くなど、余暇活動のための外出への同行

→就労活動や余暇活動など、日常的な移動を包括的に提供しているが、看護師派遣に対する報酬が見合っておらず、事業所の善意による持ち出しでの運営となっている。



医ケア児者・重心児者の移動には看護師対応が必要なケースが多いが、現状ではヘルパーが同行することを想定した報酬体系になっており、看護師の同行に対する適切な報酬がついていない  
結果、**事業所の善意・持ち出しや、他事業での埋め合わせ**が前提となっている

## (参考⑬\_2) 移動支援における報酬の不足(看護師派遣の困難)

横浜市健康福祉局障害自立支援課移動支援係(2025年)「横浜市障害者移動支援事業の概要について」P13

[https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/fukushi/service/houmon-guide.files/0174\\_20250702.pdf](https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/fukushi/service/houmon-guide.files/0174_20250702.pdf)

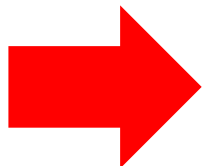
### ▼訪問看護との報酬の比較(例:横浜市)

横浜市では、「障害者移動支援事業における喀痰吸引等実施加算」を実施しており、全国に先駆けた画期的で意義のある取り組みである(加算額は1日あたり115単位)。

しかし、横浜市であっても、医ケア児・重心児の移動に看護職等が同行した場合、現在の移動支援の報酬単価(横浜市:1時間413単位)に前述の加算額を加えても、事業者が看護師を派遣することは極めて困難である。

(参考)訪問看護との比較

	移動支援(個別支援型)	訪問看護
想定されている支援者	ガイドヘルパー	看護師
単価	5,280円/1時間 基本1時間 413単位 喀痰吸引加算 115単位	10,350円/回 ・訪問看護基本療養費(I)555単位 ・訪問看護管理療養費 300単位 ・乳幼児加算(6歳未満) 180単位
看護師が対応した場合の採算性	(加算額を加えても)×	○



移動支援と訪問看護を比較すると、報酬単価には **約2倍** の差があり、看護師が対応する採算が取れないのが現状である。

## (参考⑭) 医ケア児者と生活をともにする家族の声

### ▼未就学の医ケア児を育てる保護者の声

(自分の子は)頻回な吸引が必要。保育園が遠く、荷物も多いため、車移動も必須。自家用車を運転して送りたいが、車を運転しながら吸引ができないため、介護タクシーを利用している。しかし、介護タクシーが調整がつかないときにはこどもを保育園に通わせられない。安定的にこどもが保育園に通えるよう(看護師に)移動支援をしてほしい。

### ▼医ケア者の家族の声

18歳以降は、生活介護の終了時間が早く、18歳未満の放課後等デイサービス利用時よりも早く帰宅することが多いため、就労の継続が難しくなりました。  
生活介護の送迎バス降車時において、保護者が直ちに迎えに行けない場合であっても、ヘルパーがバスポイントで本人を円滑に受け止められるよう、柔軟な支援体制の構築を求めます。具体的には、降車後から自宅までの移動や散歩等を含め、一定時間(2時間程度)の付き添い支援が可能となるよう、移動支援や行動援護等のサービスを柔軟に組み合わせて利用できる仕組みの整備を進めてほしいです。

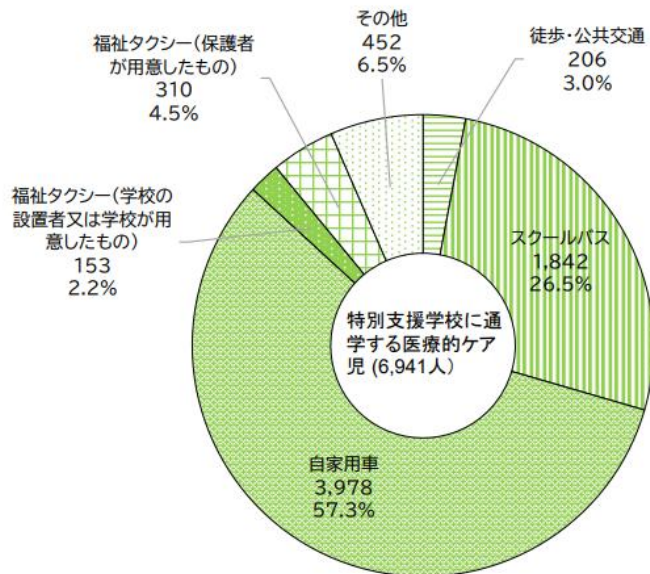
# (参考⑮\_1) 特別支援学校への通学時における家族の付き添い状況

文部科学省初等中等教育局 特別支援教育課「学校における医療的ケア児への支援等について」P14  
[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/5218c3a3-610e-4925-8596-a9116889756f/cfbefcae/20260204\\_policies\\_shougaijishien\\_care-ji-shien\\_13.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/5218c3a3-610e-4925-8596-a9116889756f/cfbefcae/20260204_policies_shougaijishien_care-ji-shien_13.pdf)

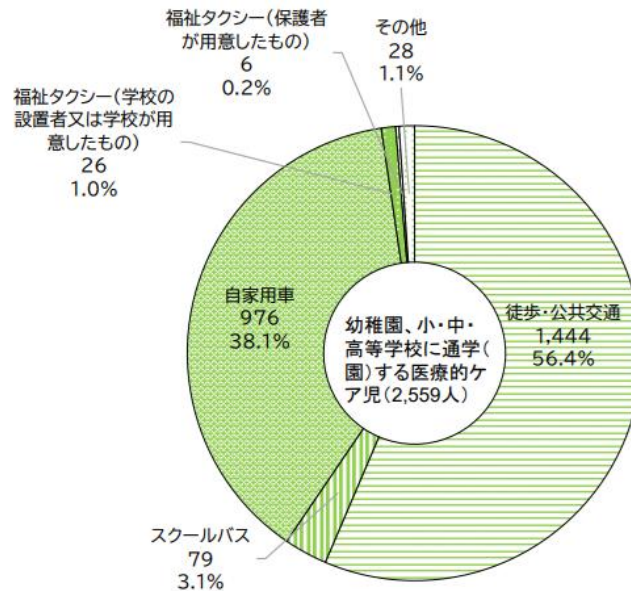
## 6. 医療的ケア児の通学方法

- 特別支援学校への通学方法は自家用車(57.3%)、スクールバス(26.5%)の順で割合が高い。
- 幼稚園、小・中・高等学校への通学方法は徒歩・公共交通機関(56.4%)、自家用車(38.1%)の順で割合が高い。

特別支援学校



幼稚園、小・中・高等学校



※本調査は、令和6年度始業から夏休みまでの間において最も頻度の高い交通手段を回答するものであり、普段、登校時と下校時とで通学(園)方法が異なる場合は、登校時の通学(園)方法を計上する。

# (参考⑮\_2) 特別支援学校への通学時における家族の付き添い状況

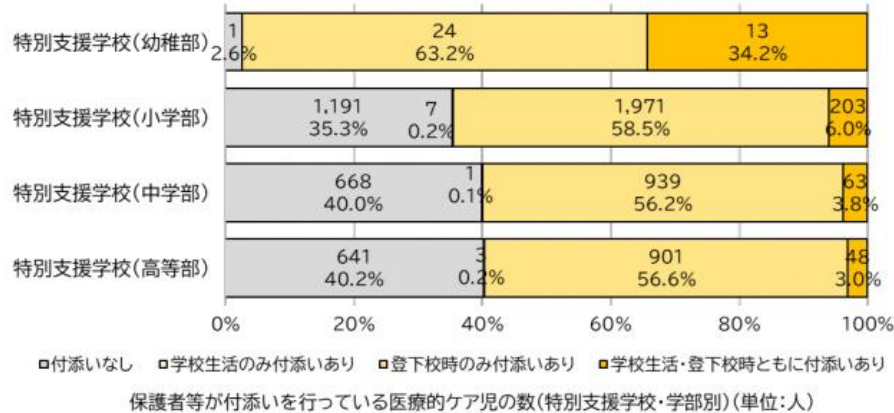
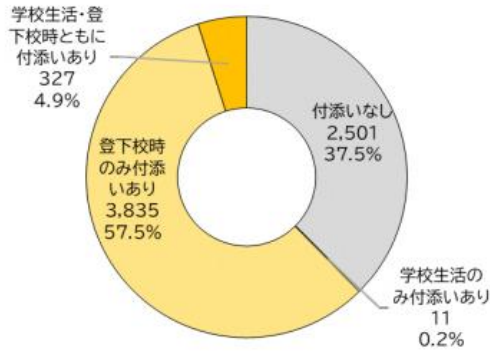
文部科学省初等中等教育局 特別支援教育課「学校における医療的ケア児への支援等について」P12  
[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/5218c3a3-610e-4925-8596-a9116889756f/cfbefcae/20260204\\_policies\\_shougaijishien\\_care-ji-shien\\_13.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/5218c3a3-610e-4925-8596-a9116889756f/cfbefcae/20260204_policies_shougaijishien_care-ji-shien_13.pdf)

## 令和5年度学校における医療的ケアに関する実態調査 特別支援学校における保護者等の付添いの状況

特別支援学校に通学する医療的ケア児(6,674人)のうち、

- 学校生活で保護者等が医療的ケアを行うために付添いを行っている医療的ケア児の数 338人 (5.1%)
- 登下校のみ保護者等が医療的ケアを行うために付添いを行っている医療的ケア児の数 3,835人 (57.5%)
- 保護者等が付添いを行っていない医療的ケア児の数 2,501人 (37.5%)

保護者等が付添いを行っている医療的ケア児の数  
 (特別支援学校)(単位:人)



学校生活で保護者等が付添いを行っている医療的ケア児(338人)の付添いが必要な理由として、「医療的ケア看護職員や認定 特定行為業務事業者はいるが、学校・教育委員会が希望しているため」122件(36.1%)が最も多く、「その他」の理由としては、「学校で医療的ケアを実施する手続きの途中である」「健康状態が不安定」「保護者が、医療的ケア看護職員等の配置を希望せず、自身で医療的ケアを行うことを希望しているため」などがある。



- 「医療的ケア看護職員が配置されていない」及び「認定特定行為業務従事者がいない」ため
- 医療的ケア看護職員又は認定特定行為業務事業者はいるが、一部対応できない時間帯・曜日等があるため
- 医療的ケア看護職員や認定特定行為業務事業者はいるが、保護者が希望しているため
- 医療的ケア看護職員や認定特定行為業務事業者はいるが、学校・教育委員会が希望しているため(ガイドライン等で定めている場合も含む。)
- その他

※ 本調査は、令和5年度始業から夏休み前までの間において、医療的ケアを行うために日常的に行っている付添いの状況を回答するものであり、「日常的」とは、ある程度の日数にわたり定期的に行われるものを指す。例えば、毎日又は毎週決まった曜日に一定時間付き添う場合は本調査における「付添い」に含むが、新入学や転入学時のほか、夏休みなどの長期休業や長期の入院後をはじめとして登校する際など、保護者等から学校に必要な情報の引継ぎを要する場合の保護者等の付添いは除く。

# 「3地域での自立した生活を可能にする移動の支援を整備」×6つの視点

## 【視点1】持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

家族に依存しない移動支援インフラを整備することは、本人の自立のみならず、家族の離職防止による労働力の確保や税収増に直結する。

## 【視点2】人材の確保・育成・専門性向上及び業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策

現状で移動支援を担おうとすると、報酬が見合わず、ボランティア精神での参入にならざるを得ない。様々な人材が移動の支援を担うことを想定した、新たな移動の支援を整備することで、医ケア児者の支援にノウハウのある既存事業所を有効活用することができる。

## 【視点3】令和6年度・8年度報酬改定後における経営状況、賃上げや物価等への対応状況

前回改定により送迎加算医ケアに対する評価が設けられ、単位数は一定程度引き上げられたものの、日常生活全般を切れ目なく支える切実な支援ニーズには応えられていない。家族の離職防止も含めて、当事者と家族の日常生活・経済活動全体を持続的に支え、当事者の社会参加やQOL向上を「移動の権利」によって支えていく発想から、体系的な移動支援の再構築を求める。

## 【視点4】ニーズに応じた過不足のないサービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

通園・通学・通所・通勤や短期入所利用時の移動を全国共通の支給対象とするよう国が働きかけるとともに、地域の事業所間での連携・統合を促すことで、どの地域においてもニーズに応じた移動手段を選択できる体制を確保することができる。

## 【視点5】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

人工呼吸器管理等の高度なケアを伴う移動に対する支援を考慮した評価体制を整備し、安全性を担保しつつ質の高いサービスを評価する仕組みを構築します。

## 【視点6】地域生活の支援や重度化・高齢化への対応、他制度との連携強化等の課題への対処方策

新たな移動の支援を整備することで、様々な分野の人材(医ケア児の育児経験者等)が移動の支援を担うことができ、本人の地域での生活を後押しすることができる。

# 令和9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 災害対策の強化を目指し、個別避難計画の策定と実施に対する評価・報酬を整備

### 【背景、論拠】

災害対策基本法により、個別避難計画の策定は市町村の努力義務となっている。しかし、個別避難計画の策定に関する報酬・評価には自治体間で大きな格差があり、日本小児科学会の調べによると、在宅で人工呼吸器を使用している児童における策定率は5%にとどまっている(参考⑯)。また、現在は「行政の縦割り」が課題となっており、防災部局が主導して策定した計画が福祉部局や現場の相談支援専門員に共有されない、あるいは内容が更新されず形骸化するといった事態も発生している※。真に機能する災害対策を実現するためには、単なる「計画の作成」ではなく、訓練と検証を含む一連のプロセスを評価する仕組みが不可欠である。

また、医ケア児支援法の法改正案が成立すれば、医療的ケア児支援センターによる「市町村の個別避難計画作成への協力」が法定事項となる。これにより、医療的ケア児等コーディネーター(以下、「コーディネーター」と記載)の活躍が期待される一方、現在は養成研修内容や資格要件が都道府県ごとに異なり、専門性の担保や役割認識に格差が生じているため、計画の策定支援が十分になされていないケースもある※。

医ケア児者・重心児者の避難には、地域の共助体制や地理の状況に詳しい「福祉職(相談支援専門員等)」と、人工呼吸器などの医療の知識を持つ「医療職(看護師等)」の両方の視点が不可欠である。しかし、現行の報酬体系では相談支援専門員以外のコーディネーターに対する評価が乏しく、特に医療職の専門的な調整業務は、その多くがボランティア精神に依存しているのが実態である。相談支援専門員であれば、「集中支援加算」を活用することができるが、医療職は医療保険の枠組みでは請求できないため、業務に対する報酬が認められない。したがって、本来であれば福祉職と医療職の両者が手を取り合って災害支援対策を行うことが望ましいが、医療職が十分に価値を発揮できていないのが現状である。

### 【意見・提案の内容】

- 計画作成をゴールとせず、「計画・訓練・検証」のPDCAサイクルを回すことを制度化し、その各プロセスを正當に評価する報酬体系を構築
- 災害時の高度な判断を担保するため、「福祉職」と「医療職」のコーディネーターが共同で計画策定にあたる体制を標準とし、両者の専門性や連携に対して、直接的な報酬を担保

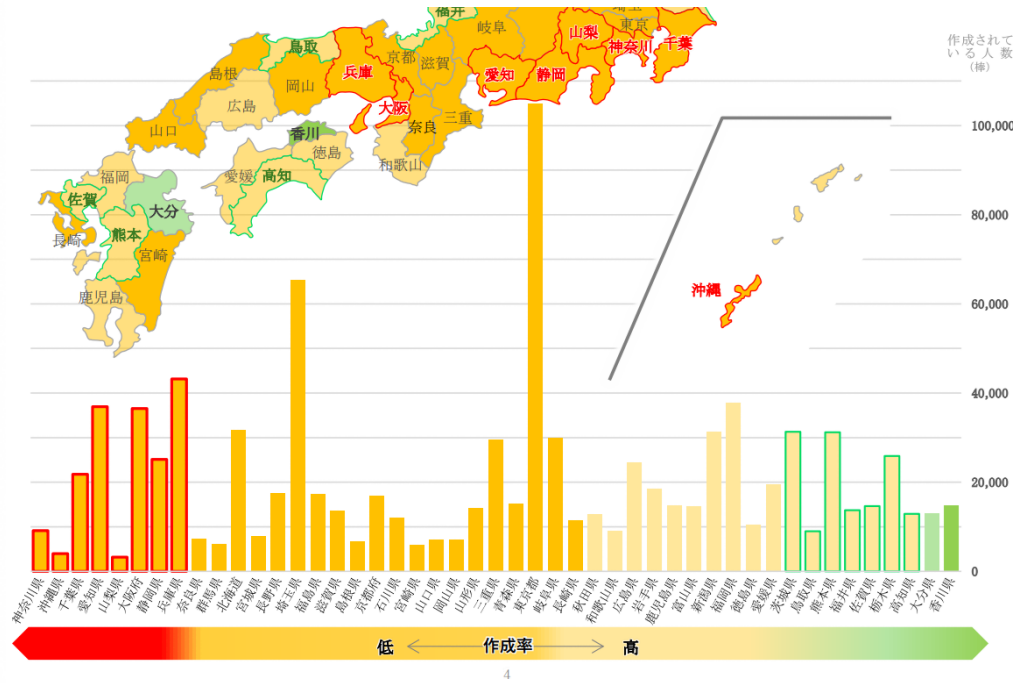
※要望の作成にあたり、「一般社団法人医療的ケア児等コーディネーター支援協会」へのヒアリングを実施した。

# (参考⑬) 個別避難計画の策定状況

内閣府消防庁（2025年）「避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成等に係る取組状況の調査結果」P4  
<https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/r7chosa1.pdf>

図3 都道府県ごとの個別避難計画の作成状況

都道府県	名簿 (人)	計画 (人)	作成率
北海道	292,000	31,650	10.8%
青森県	82,409	15,231	18.5%
岩手県	79,456	18,589	23.4%
宮城県	71,718	7,967	11.1%
秋田県	64,283	12,872	20.0%
山形県	84,029	14,146	16.8%
福島県	139,246	17,403	12.5%
茨城県	104,267	31,311	30.0%
栃木県	67,349	25,877	38.4%
群馬県	58,428	6,069	10.4%
埼玉県	559,057	65,410	11.7%
千葉県	334,457	21,781	6.5%
東京都	564,033	104,935	18.6%
神奈川県	412,807	9,136	2.2%
新潟県	128,676	31,369	24.4%
富山県	60,562	14,553	24.0%
石川県	87,631	12,023	13.7%
福井県	39,139	13,718	35.0%
山梨県	44,902	3,188	7.1%
長野県	158,522	17,612	11.1%
岐阜県	154,432	29,946	19.4%
静岡県	287,535	25,119	8.7%
愛知県	536,148	36,940	6.9%
三重県	166,985	29,552	17.7%
滋賀県	104,596	13,567	13.0%
京都府	124,307	16,916	13.6%
大阪府	474,039	36,524	7.7%
兵庫県	492,032	43,161	8.8%
奈良県	73,199	7,338	10.0%
和歌山県	43,563	9,171	21.1%
鳥取県	29,631	8,998	30.4%
島根県	49,566	6,664	13.4%
岡山県	42,862	7,200	16.8%
広島県	109,495	24,511	22.4%
山口県	48,969	7,097	14.5%
徳島県	37,575	10,511	28.0%
香川県	23,391	14,842	63.5%
愛媛県	68,523	19,424	28.3%
高知県	32,307	12,897	39.9%
福岡県	152,263	37,717	24.8%
佐賀県	39,047	14,635	37.5%
長崎県	58,087	11,424	19.7%
熊本県	97,832	31,200	31.9%
大分県	26,474	12,960	49.0%
宮崎県	42,175	5,839	13.8%
鹿児島県	63,079	14,778	23.4%
沖縄県	110,096	3,976	3.6%
全国計	6,921,179	967,747	14.0%



小児科学会の調べによると、在宅で人工呼吸器を使用している児童における策定率は5%にとどまっている

日本小児科学会災害対策委員会報告(2026年)「医療的ケア児の個別避難計画作成状況についての調査」130巻3号554～563考察  
[https://www.jpeds.or.jp/uploads/2026-03/20260325\\_saigai\\_houkoku.pdf](https://www.jpeds.or.jp/uploads/2026-03/20260325_saigai_houkoku.pdf)

# (災害対策に関する関連提案)

## コーディネーターの配置・報酬基盤の抜本的強化

### 現状と課題

- **報酬基盤の曖昧さと現場の疲弊**

制度設立当初からの構造的課題として「報酬基盤」が曖昧であり、専門職のボランティア精神に依存した持続性のない体制となっている。法改正による業務増が、地域格差や現場の疲弊をさらに加速させるリスクがある。

- **実働を伴わないコーディネーターの存在**

全国で1万人以上のコーディネーターが養成されているものの、自治体の配置実態は名簿上の処理に留まっている例が少なくなく、実働を伴わない「形骸化」が起きている。実際に、一般社団法人医療的ケア児等コーディネーター支援協会による調査では、回答者の9%が「医ケア児に関わったことがない」「担当している児がいない」と回答している(参考⑩)。

### 改善案・提言

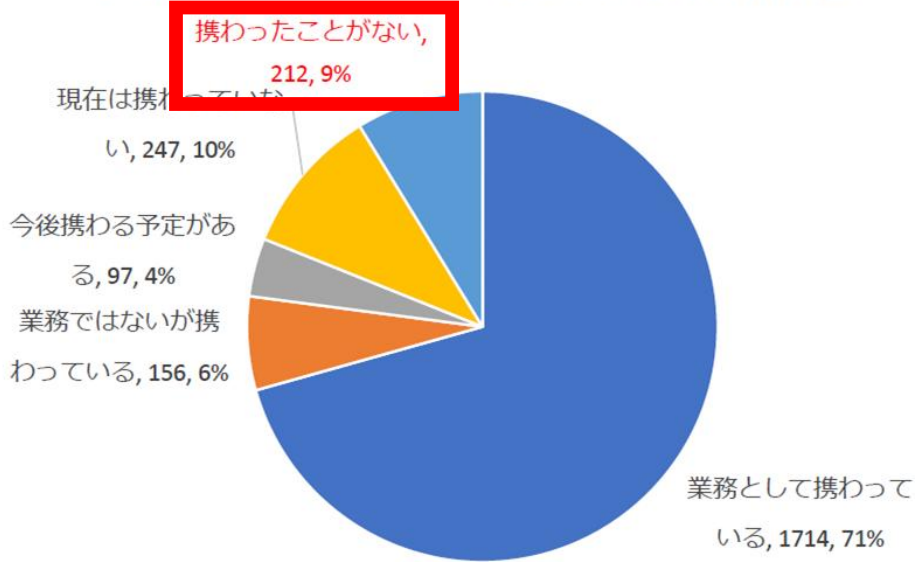
- **「具体的な役割」と「適切な報酬」のセット定義**

コーディネーターが担う業務を明確化し、役割の遂行に対して確実に適切な報酬が支払われる仕組みを制度として確立すること。

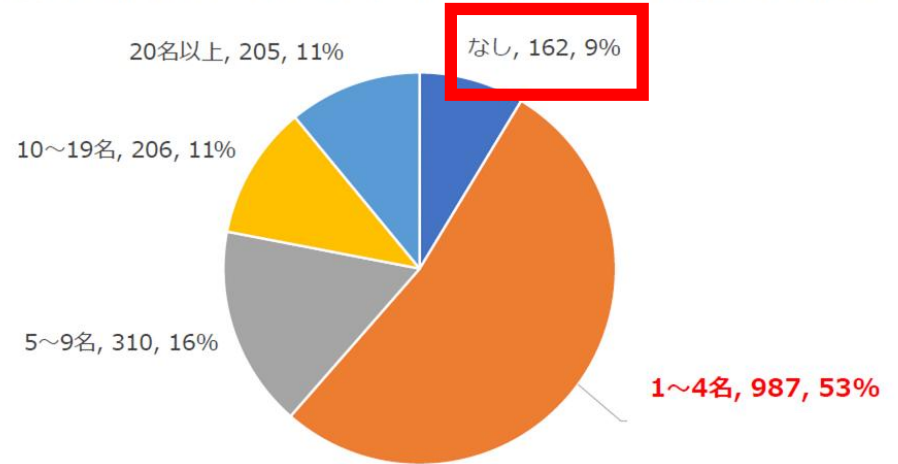
# (参考⑰) 実働を伴わないコーディネーターの存在

一般社団法人医療的ケア児等コーディネーター支援協会(2025年)「医療的ケア児等コーディネーター全国一斉実態調査2025」

## 医療的ケア児者への現在の関わり



## 直接支援している医療的ケア児等の人数



# (災害対策に関する関連提案)

## 医ケア児者・重心児者における災害対策の抜本的強化

### 現状と課題

- **災害時連携の縦割り・連続性の欠如**

学会主導の「災害時小児周産期リエゾン」等の仕組みが病院(NICU)中心の運用にとどまり、内閣府(防災担当)の全体計画やEMIS(広域災害救急医療情報システム)等と十分に連携・連動していない。

- **地域における実態把握の致命的不足**

行政や病院の医師が「地域在宅の児者の状況(どこに誰がいて、どのような医ケア・備品が必要か)」を平時から把握できておらず、災害時に機能しない恐れがある。

### 改善案・提言

- **「病院」と「地域」を繋ぐ全体像の構築と制度化**

従来の災害対策の仕組み(縦割り)を超えて、病院から地域までを連続的にカバーする包括的な連携体制を構築

- **医療的ケア児支援センター等の「人員体制・予算」の拡充**

平時から対象者の個別ニーズ(ケア内容や必要備品)を確実に把握し、福祉避難所等の必要資源を確保できるよう、中心となる組織(医療的ケア児支援センター等)への十分な財政・人的支援を実施

- **地域行政・地方自治会等と連携した共助体制の確立**

医療・福祉分野だけでなく、地域の住民組織や地方行政とも情報を繋ぎ、災害時に地域全体で命を守り対応できる体制(ローカルな連携)を推進

# 「4災害対策の強化を目指し、個別避難計画の策定と実施に対する評価・報酬を整備」×6つの視点

## 【視点1】持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

実効性のある個別避難計画の策定・訓練を報酬化することで、災害時の混乱や過剰な医療資源の投入を未然に防ぎ、地域住民全体の防災意識と安定した地域生活の持続可能性を高めることができる。

## 【視点2】人材の確保・育成・専門性向上及び業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策

「福祉職」と「医療職」のコーディネーターが共同で計画策定にあたる体制を標準化し、それぞれの専門性と連携を直接評価する報酬を創設することで、防災に関わる専門人材の育成と職場定着を図ることができる。

## 【視点3】令和6年度・8年度報酬改定後における経営状況、賃上げや物価等への対応状況

コーディネーターの業務にはそもそも基本報酬がついてない。ボランティアではなくプロフェッショナルとして業務に当たるためには適切な評価と報酬が必要である。

## 【視点4】ニーズに応じた過不足のないサービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

現状、個別避難計画の策定に関する報酬・評価には自治体間で大きな格差があり、在宅で人工呼吸器を使用している児童における策定率は5%（日本小児科学会調べ）にとどまっている。災害対策基本法により計画策定が努力義務化されているにもかかわらず、策定に対するニーズに十分対応できていない現状を打破するため、計画策定に対する適切な評価を設けることを求める。

## 【視点5】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

「策定・訓練・検証」のPDCAサイクルを制度化し、各プロセスを正当に評価する報酬体系を構築することで、単なる作成に留まらないより実効性の高い「質の高い防災支援」を評価・維持することができる。

## 【視点6】地域生活の支援や重度化・高齢化への対応、他制度との連携強化等の課題への対応方策

医療的ケア児支援センターを中心に、医療・障害・介護保険制度の連携強化を促し、重度化や高齢化にも対応できる「丸ごと」の災害支援体制を構築することで、一生涯を通じて安心できる地域生活の基盤を創出します。