

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



NPO法人 DPI日本会議
議長 平野 みどり

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8年6月時点)

4. 法人代表:議長 平野みどり

現状認識

この間のGH及び就労支援事業所の不正事件は個別事業者の問題だけではなく構造の問題もある。

<現行制度>

- 事業収益の効率性重視
- ↓
- 規模拡大が評価(有利)
(利用者のQOLは後回し)
- ↓
- 大規模GH増加
- ↓
- 囲い込み
- ↓
- 地域居住の施設化

国連からの総括所見(2022年)

居住施設予算を削減し、地域社会での
自立生活支援へ予算を再配分

基本理念

障害者権利条約19条

「自立した生活及び地域社会への包容」

<求める方向>

- 権利保障
- ↓
- 当事者主体
- ↓
- 小規模な地域居住
(独居、小規模GH)
- ↓
- どんな重度でも、
どんな年齢になっても、
どんな障害種別でも、
**必要な支援を受けて、家族介護
に頼らず暮らせる地域社会**

DPIの重点提案

① 重度訪問介護を中心とした地域生活基盤整備 (居住施設予算を削減し、地域社会での自立生活支援へ予算を再配分)

- ・ 24時間／日 等の長時間支給決定の地域間格差の是正 (国庫負担基準の見直し: 市町村負担カバー率95%以上に)
- ・ 支給決定者数及び重度率に応じた嵩上げ率の強化・政令指定都市、中核市も対象に！
- ・ 特定事業所加算 (Ⅰ) の事業所になっても医療的ケア加算 (1日1,000円) はつけるべき (加算額の増額も！)
- ・ 医療的ケア加算と同様に強度行動障害加算 (仮称) を設ける
- ・ 重度包括支援対象者の重度訪問利用は、すべての類型 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) の人を15%加算対象に！
- ・ 介護保険対象者の国庫負担基準引き下げを廃止
- ・ 国庫負担基準も加算を (夜間、医療的ケア、強度行動障害等)
- ・ 医療的ケア研修の見直し

② GHの小規模化 (「悪貨が良貨を駆逐する」ことにならない対策)

- ・ GHを3～6人規模へ (ユニット化しても1ユニット6人以内)
- ・ 大規模GH抑制 (低QOL減算)
- ・ GHでの個別ヘルパー利用の恒久化

③ 人材確保と意思決定 (形成) 支援

- ・ 意思決定 (形成) 支援の報酬化

④ 当事者主体の権利擁護

- ・ 独立したアドボカシー機関の設置と、ピアモニタリングの実施
- ・ 地域生活支援拠点の拠点コーディネーターの人件費確保策のシンプル化
- ・ ピアサポート加算対象の拡大 (訪問系事業所、採用人数分)

⑤ 地域生活支援事業の強化

- ・ 移動支援が維持できない＝利用者の社会参加の危機 (QOL低下) → 移動支援を促進事業に！
- ・ 修学支援、就労支援事業の伸び悩み (→ 告示523号に含まれる外出制限の撤廃)

(詳細版)視点1

障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法の施行時から4倍以上に増加し、特に令和6年度報酬改定後において総費用額が+12.1%の伸びとなっている中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

現状認識

障害福祉サービス費の増加は、単なる制度肥大化ではなく、

- 障害者権利条約19条に基づく地域生活の推進
- 障害者の高齢化・重度化
- 8050問題への対応
- 医療的ケア者及び強度行動障害者の地域移行

に伴う必要な支出増加である。

一方で、

- 大規模グループホーム
 - 囲い込み型居宅介護
 - 就労系事業の過度な事業拡大
- など、利用者のQOL向上より事業収益を優先する構造も存在する。

<提案>

①重度訪問介護等の地域生活基盤への重点投資

- 国庫負担基準を見直し、市町村負担カバー率95%以上(できれば100%)へ
- 政令市・中核市も財政調整対象に追加
- 1日24時間等、長時間の重度訪問介護を認めた自治体ほど財政的に不利になる構造を解消すべき
- 夜間・医療的ケア・強度行動障害への加算を国庫負担基準に反映

②施設・大規模GH偏重から地域生活支援への予算シフト

- 20人規模GHの新設抑制
- 小規模GHへの誘導
- 地域移行実績を何らかの形で、報酬評価

③移動支援の国庫補助強化

- 現在、移動支援事業は地域生活支援事業であり、処遇改善や物価高騰対策が十分反映されていない。(地域生活支援促進事業化も検討)

このままでは地域社会への参加基盤が崩壊する。

(詳細版)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

課題

介護人材不足は全サービス共通の最大課題である。

特に

- 重度訪問介護
 - 医療的ケア
 - 強度行動障害支援
- では深刻化している。

<提案>

①基本報酬の底上げ

- 処遇改善加算だけでは限界がある。
- 公定価格そのものの引上げが必要。

②医療的ケア人材育成への支援

- 医療的ケア加算増額
- 特定事業所加算取得時も医療的ケア加算維持
- 喀痰吸引等研修制度の見直し
- 実地研修費用の公費負担化

③外国人材活用

- N4レベルでの訪問系従事を可能に
- 重度訪問介護への従事要件緩和

④ピアスタッフ育成

- ピアサポート加算対象拡大
- 訪問系事業所も対象化
- 配置人数に応じた評価

令和6年度報酬改定及び令和8年度報酬改定後における経営の状況、賃上や物価等への対応状況

現状

予算や総費用額の増加に対して、地域移行の進み具合は鈍化しており、令和6年度改定後も、

- 人件費上昇
- 光熱費上昇
- ICT費用増加

に報酬改定が追いついていない。

注:「光熱費上昇」と「ICT費用増加」については、ハコモノである通所施設や入所施設の方が影響が大きいと思うが、もしそちらの補償を行うなら、在宅障害者の所得保障も検討する必要がある。

特に影響が大きい分野

- 計画相談
- 移動支援
- 小規模GH
- 重度訪問介護

<提案>

①毎年の処遇改善原資確保

- 3年に一度を基本ペースとした報酬改定では、物価高騰、人件費上昇に対応しきれていない。社会的なニーズである「脱施設」「地域移行」「8050問題」等への取り組みも人材不足のために対応することが困難となっている。

②処遇改善加算の簡素化

- 「処遇改善加算」の仕組みが複雑であるために現場が混乱し、収支バランスを崩してしまった事業所も多くみられるが、この間の簡素化や不十分になったが「相談支援」への加算などである程度落ち着いてきたと思われるが、更なる加算の充実と簡素化が望まれる。

③物価高騰対策

- 自治体による支援がまちまちで、周知についても不十分な自治体も多い。わかりやすい対策が望まれる。

④地域生活支援拠点コーディネーターの財源を個別給付ではなく包括補助へ

- 拠点コーディネーターは、今後、施設・病院及び親元・家族からの地域移行の要となる。この重要な役割を担う人材の確保を、100件の計画相談を集めなければ配置できない現行制度から、地域インフラとして安定配置できる制度への転換を。(例えば包括的な財源)

各地域において、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、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

課題

地域格差が極めて大きい。

例

- 24時間重訪が利用できる自治体
- 実質的に認めない自治体が併存している。

また、

- 医療的ケア
- 強度行動障害
- 移動支援

の供給不足が深刻。

<提案>

①重度訪問介護支給決定格差の是正

- 支給決定者数及び重度率に応じた嵩上げ率の強化
- 政令指定都市、中核市も対象に。

②強度行動障害者への重訪利用促進

③医療的ケア対応事業所の育成

④移動支援の促進事業化

⑤地域生活支援拠点の機能強化

- ・人材確保の問題が根底にある。
- ・「福祉ビジネス」はもちろん、それ以外の事業者でも、「クリームスキミング」(いいとこどり)が起きている。儲からない事業(移動支援など)をしないことや、利用者の選別(困難事例拒否)などが起きている。
- ・例えば、GH入居者が、移動支援を利用したくても、事業所の人材不足で、自由な外出が困難になっている地域も多くみられる。(低単価が原因)
そのひとのQOLに関わる重要な問題である。
- ・小規模での事業運営が可能な仕組みが必要である。

(詳細版)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。

特に、多様な主体の参入に伴い、サービス・支援の内容・質にバラつきが見られることへの対処方策

現状

柏市GH死亡事件等に象徴されるように、
質の低い事業者が利益を上げ、
質の高い事業者が苦しむ構造が存在する。

虐待が発生したGHの56%が営利法人であり、日中型グループホームが通常のグループホームの3.5倍も虐待が起きている。

(第156回(社保審障害者部会資料:令和7年度障害者虐待の未然防止のための調査研究

2.「グループホーム」「障害者支援施設」等における虐待防止対応力の向上に向けた深掘り調査結果より)

<提案>

①独立した権利擁護機関の創設

- 行政から独立した第三者機関によるモニタリングを制度化

②ピアモニタリング導入

- 障害当事者による評価制度

③利用者満足度評価

④大規模GHへのQOL評価導入

⑤過剰な広告・囲い込みへの規制強化

- 利用者からの意見の聴取や自立支援協議会などを通じた運営指導(運営改善)のためのモニタリングを強化していくべき
- 「福祉ビジネス」の過剰な広告などを厳しく取りしめる。

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その他各分野における様々な課題への対応方策

基本的考え方

「どんな重度障害者でも、どんな年齢になっても、家族介護に依存せず地域で暮らせる社会」を制度目標とするべきである。

<提案>

①重度訪問介護の対象拡大

- 障害児(幼い頃からの関係づくり)
- 行動関連項目10点未満の知的・精神

②GH個別ヘルパー利用の恒久化

- どの種類のGHであっても、個別ヘルパー(訪問系サービス)を利用できるように
- 体験機会(社会参加)の確保
- GHを終の住処にせず、一人暮らしも選択肢に入れられるように

③介護保険優先原則の運用改善

- 重度訪問は居宅内も含め、全て障害特有のサービス
- 視覚障害者の代読・代筆は介護保険にはない

④拠点コーディネーター確保策の再設計

⑤地域移行を進める報酬体系への転換

⑥重度障害者等包括支援対象者の重度訪問利用時の報酬15%加算対象を拡大(Ⅲ類型も)

- 「強度行動障害」への支援について、「重度訪問介護を利用した地域生活」をモデルとした支援について研究を深めると同時に、行動援護やグループホームのみを提供するのではなく、重度訪問介護の利用を、積極的に認めることを自治体に働き掛けること(一部の自治体では、禁止さえしている実態がある。)
- また、「中核的人材養成研修」について、現場で支援している人が受けることができるように、できるだけ多くの人数枠の研修を実施すること
- 医療について、入院中の支援の受け入れ(重度訪問利用可能)を徹底すること
- 介護保険との関係について、厚生労働省の基本方針を各地方に徹底すること(まだ、不当な制限などが残っている)

- 本来ヘルパーが行うべき支援、例えば入浴等をヘルパー事業所がないなどによって単価が高い訪問看護が対応している実態があり、社会保険料を圧迫している。ヘルパー事業所を整備することは、将来にわたる持続可能な社会福祉サービスにつながる。
- 自宅の環境整備を行なって暮らしている視覚障害者は、介護保険の要介護認定では要介護度判定が出づらく、要支援になってしまうことがある。こうなると障害の家事援助で受けられていた代読・代筆が介護保険の生活援助では受けられず、本人のQOLが低下してしまう。人権問題でもある。市町村事業の総合事業でも対象外。
- 介護保険対象になると、執拗に介護保険優先利用を理由に介護保険への切り替え、併給を迫られる事例が後を絶たない。また障害福祉サービス(特に訪問系サービス)をよく知らないケアマネージャーが担当になると、併給した際のメリット、デメリット、生活への影響を考慮してもらえず、QOL低下を余儀なくされた事例も珍しくない。
- 加齢や二次障害による介護度の必要性が増えても、重度訪問等の障害のサービスを増やしてもらえない。

- 重度訪問介護では、二人体制等により月1,000時間を超える請求が発生する場合があるが、現行の国保連電子請求システムでは自動計算に対応できず、毎月手計算による請求事務が必要となっている。人的ミス防止と事務負担軽減のため、厚生労働省が定める電子請求システム仕様を見直し、1,000時間を超える請求にも対応できるよう改善を求める。
- 知的障害者や強度行動障害のある人が地域で暮らし続けられるよう、重度訪問介護の利用要件を見直していただきたい。
現在の障害支援区分認定は身体介護の必要性を重視する傾向があり、常時見守りが必要な知的障害者でも区分5となり、実態として長時間の重度訪問介護が認められにくい場合がある。例えば、精神状態が不安定になると突然外出して行方不明になる危険があり、24時間の見守りが必要な方でも、身体介護量が少ないため十分な支給決定を受けられないことがある。
重度訪問介護は、身体介護だけでなく地域生活を支える「見守り」の制度でもある。地域生活を希望しても制度が追いついていない現状を踏まえ、身体機能だけでなく、行動障害や危険回避の必要性も適切に評価できる制度へ見直していただきたい。
- 移動加算を見直してほしい。
移動時の負担は帰宅するまで続くため、移動加算の1日4時間という上限は実態に合っていない。移動加算を基本報酬に組み込むことを検討していただきたい。難しい場合は、少なくとも4時間の上限を引き上げる、または加算単位数を引き上げるなど、実態に見合った見直しをお願いしたい。
- 基本報酬を引き上げてほしい。
物価高騰により事業所の家賃や光熱費などの運営経費は増加している一方、基本報酬は据え置かれている。加算の多くは職員の処遇改善に充てるため、事業所運営を支える基本報酬の引き上げをお願いしたい。

(参考資料: 医療的ケアに対応できる人材確保のための制度・報酬改善)

医療的ケアが必要な障害者の地域生活を支えるためには、喀痰吸引等を実施できる介護職員の確保が不可欠です。

しかし、制度開始から10年以上経過した現在も、医療的ケアを担える人材は十分に増えておらず、地域生活の大きなボトルネックとなっています。

【提案1】1号・2号研修修了者は3号研修の基本研修を免除すること

現在、不特定多数を対象とした1号・2号研修を修了している者であっても、特定の利用者を対象とする3号研修を受講する際には、改めて基本研修(講義)を受講しなければなりません。

しかし、1号・2号研修は3号研修よりも高度かつ広範な内容を学んでおり、再度同様の講義を受講する合理性は乏しく、受講者・事業所双方の大きな負担となっています。

1号・2号研修修了者については、3号研修の基本研修を免除し、対象利用者に対する実地研修のみで修了できる制度へ見直すべきです。

これにより、医療的ケアに対応できる介護職員が大幅に増え、地域生活を支える人材確保につながります。

【提案2】実地研修・事業所負担への支援

実地研修には訪問看護事業所への指導謝金を必要とする事業所が増えてきました。熟練同行が認められたことはありがたいですが、日常の医療的ケアに従事できる介助者を確保維持し続けることは、事業所負担が非常に大きい一方、報酬上の評価は十分とは言えません。

実地研修に対する公的支援や、医療的ケアを担う事業所への加算の充実など、人材育成を後押しする仕組みの整備が必要です。→**特定事業所加算Ⅰの事業所も1日100単位の医療的ケア加算を認めるべき: 100単位も倍以上に!**

【提案3】実地研修指導者要件の柔軟化

日頃から対象利用者を診療・訪問している看護師等であれば、改めて長時間の指導者研修受講を必須とせず、実地研修指導者として認めるなど、運用の簡素化を図るべきです。

国庫負担基準の見直し（提案）

<区分間流用を前提とした新たな仕組み>

現状の課題

- 国庫負担基準は障害支援区分ごとに設定
- 重度訪問介護（主に区分6）で超過が発生
- 超過分は市町村負担となりがち
- 長時間利用者が増えるほど財政負担が集中（良い自治体ほど負担が増大）

⇒ 支給抑制・地域格差の要因

提案

- ① 訪問系サービス全体で区分間流用を最大限活用
- ② 居宅介護等の未使用基準額を重度訪問介護へ充当
- ③ 流用後のカバー率を全国で検証
- ④ なお不足する部分のみ追加財政措置を検討

目標：市町村負担の平準化

試算イメージ

- ① 訪問系全体の国庫負担基準額
- ↓
- ② 実際の給付費
- ↓
- ③ 区分間流用後のカバー率（％）を算出

残る超過額のみ、追加財源の対象