参考資料①

参考資料

（１）常時介護を要する障害者等に対する支援について

（２）障害者等の移動の支援について

（３）障害者の就労支援について

（４）障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方について

（５）障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

（６）手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方について

（７）精神障害者に対する支援の在り方について

（１）常時介護を要する障害者等に対する支援について

常時介護を要する障害者を対象とするサービスとその対象者像

○ 障害者総合支援法における「常時介護を要する者」を対象とした事業は、以下のとおり。

・ **重度訪問介護**…重度の肢体不自由又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常時介護を要する者

> **障害支援区分4以上**に該当し、①二肢以上に麻痺等があり、障害支援区分の認定調査項目のうち「歩行」、「移乗」、「排尿」、「排便」のいずれもが「支援が不要」以外に認定されている者。若しくは②障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等の合計点数が10点以上である者

・ **行動援護**…知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって常時介護を要する者

> **障害支援区分3以上**であって、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等の合計点数が10点以上である者

・ **療養介護**…病院等への長期入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする身体・知的障害者

> ①ALS患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、**障害支援区分6の者**②筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、**障害支援区分5以上の者**③旧重症心身障害児施設に入所した者又は指定医療機関に入院した者であって、平成24年4月1日以降指定療養介護事業所を利用する①及び②以外の者

・ **生活介護**…地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護の支援が必要な者

> ①**障害支援区分3以上**（障害者支援施設に入所する場合は区分4以上）である者
> ②年齢が50歳以上の場合は障害支援区分2以上（障害者支援施設に入所する場合は区分3以上）である者

・ **重度障害者等包括支援**…常時介護を要する障害者等であって、その介護の必要性が著しく高い者

> **障害支援区分6**であって、意思疎通を図ることに著しい支障があり、①重度訪問介護の対象であって、四肢全てに麻痺があり、寝たきり状態にある障害者のうち、a人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者またはb最重度知的障害者。②障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等の合計点数が10点以上である者

地域生活を支える主な障害福祉サービス

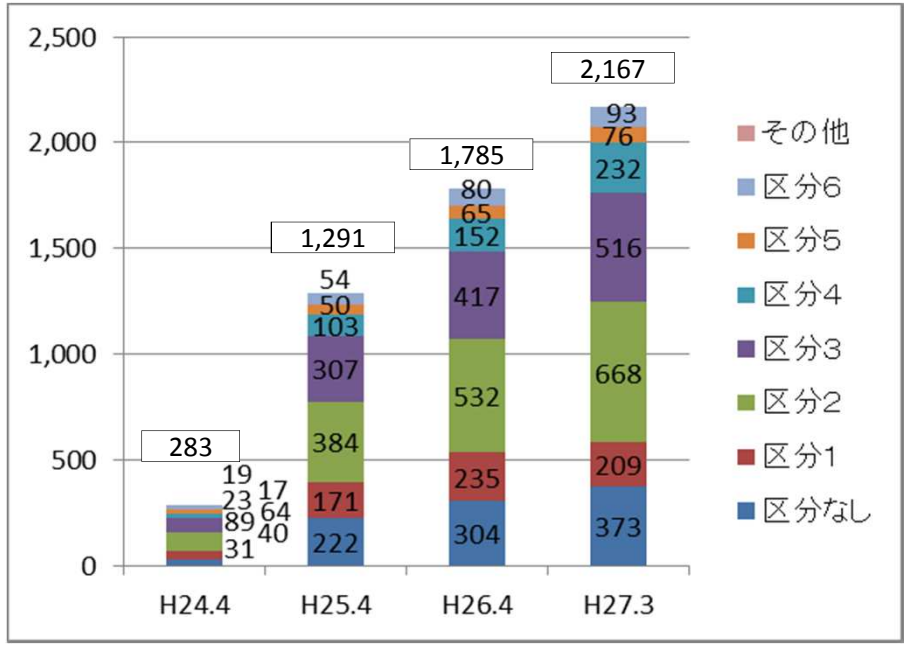
障害者が地域生活を送る上で主に居宅において利用する主なサービスの概要は以下のとおり。（利用対象が重度のものや通所系サービスを除く。）

	共同生活援助	居宅介護	地域定着支援
支援内容	障害者につき、主として夜間において、共同生活住居において相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を行うもの。	障害者等につき、居宅において入浴、排せつ又は食事の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行うもの。	居宅において単身又はその家族と同居している場合であっても当該家族等が障害、疾病等のため、障害者に対し当該家族等による緊急時の支援が見込めない状況において生活する障害者につき、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた場合に相談その他の便宜を供与するもの。
居住形態	複数の他者による共同生活	1人暮らしや自宅における家族同居	1人暮らしや自宅における障害等を有する家族との同居
利用者数（H27.3）	96，012名	155，787名	2，167名
第4期障害福祉計画見込量（H30.3）	121，599名	（249，413名） ※ 重度訪問介護や同行援護等を含む。	6，648名
事業所数（H27.3）	6，637事業所	18，719事業所	414事業所

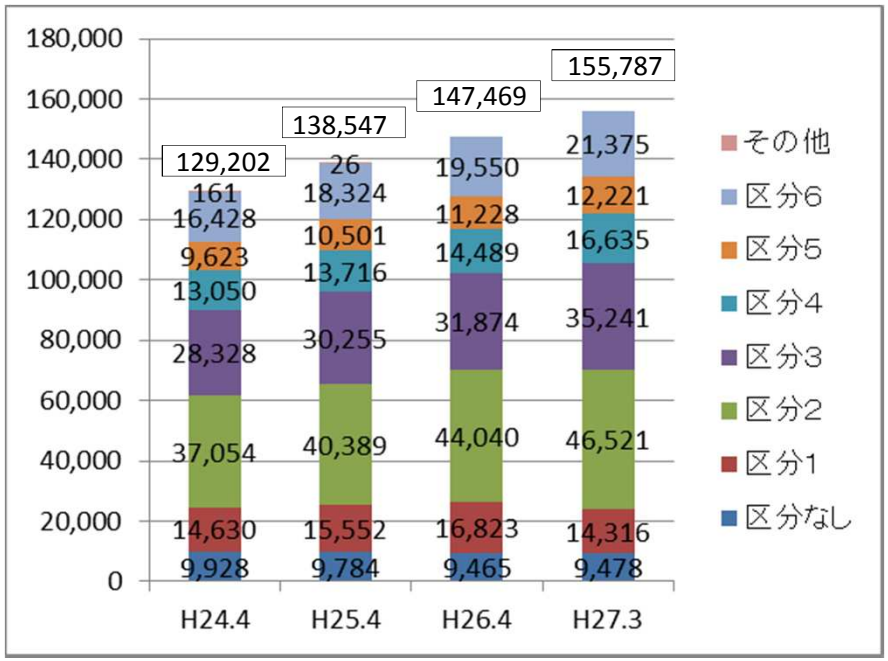
障害支援区分別の利用者の推移

障害支援区分別の利用者数の推移については、
① 居宅介護は、区分1以下を除き、各区分とも増加傾向にある。
② 地域定着支援は、基本的に各区分とも増加傾向にある。
③ 共同生活援助は、区分1を除き、各区分とも増加傾向にある。

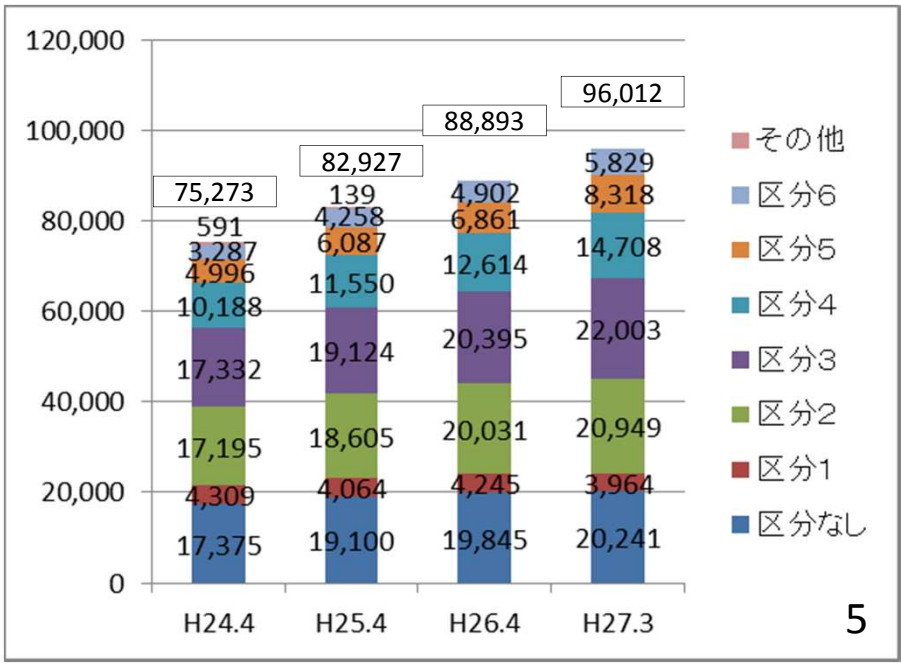
地域定着支援



居宅介護



共同生活援助

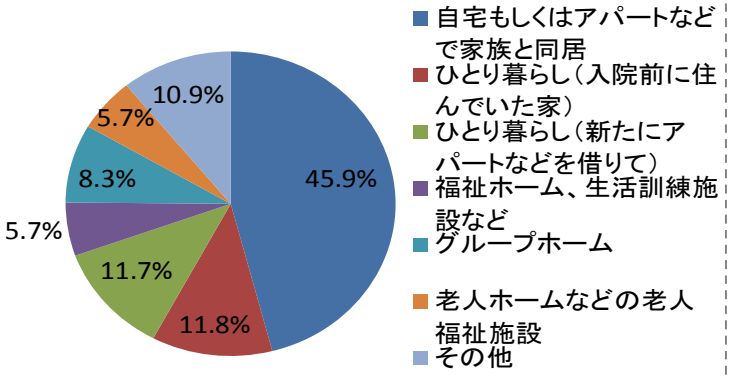


出典：国保連データ

精神科病院に入院している障害者の希望退院先

1年以上精神科病床に入院している者に対し、退院するとしたらどのようなところで暮らしたいか質問したところ、24%が一人暮らし、8%がグループホーム、6%が福祉ホーム・生活訓練施設などとの回答があった。

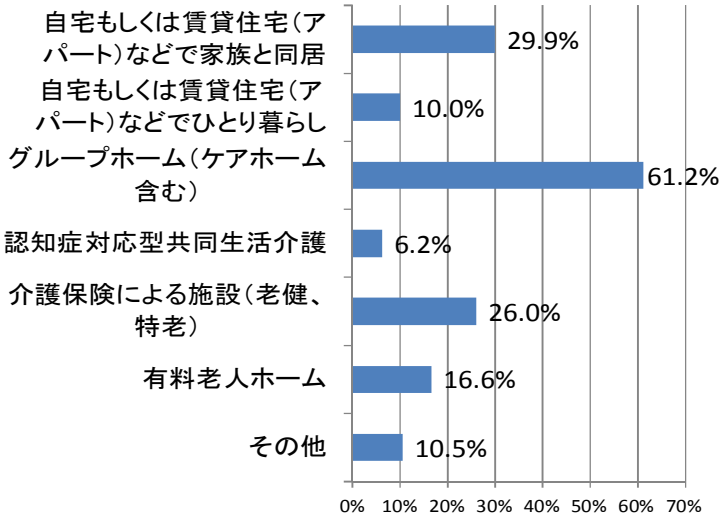
希望する退院先



希望する退院先

	最も重要な理由	
	回答数	構成割合
自宅もしくはアパートなどで家族と同居	486	45.9%
入院前に住んでいた自宅もしくはアパートなどでひとり暮らし	125	11.8%
賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし	124	11.7%
10数名の利用者が居住し、専門職員によって毎日の援助が提供される施設（福祉ホーム、生活訓練施設など）	60	5.7%
4～5人の利用者が一緒に暮らし、食事や身のまわりのことを援助する世話人が訪問するグループホーム	88	8.3%
老人ホームなどの老人福祉施設	60	5.7%
その他	115	10.9%
有効回答数	1,058	100.0%

《参考》病院職員が考える退院先として適当な暮らしの場

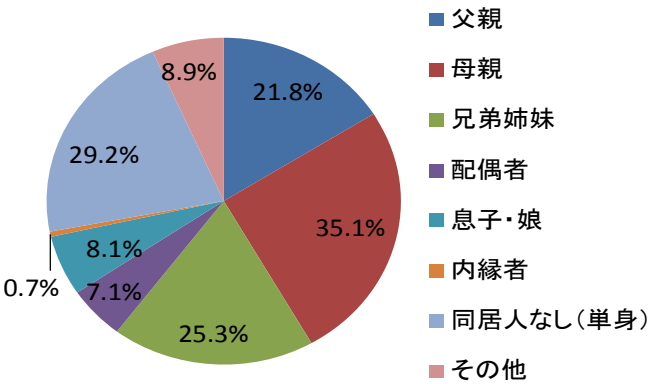


患者が退院する場合に適当と考える「暮らしの場」（複数回答）

	回答数	構成割合
自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などで家族と同居	350	29.9%
自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などでひとり暮らし	117	10.0%
グループホーム（ケアホーム含む）	715	61.2%
認知症対応型共同生活介護	73	6.2%
介護保険による施設（老健、特老）	304	26.0%
有料老人ホーム（※）	194	16.6%
その他	123	10.5%
有効回答数	1,876	－
回答人数	1,169	100.0%

※上記以外の老人福祉施設・サービス付き高齢者向け住宅も含む

《参考》入院前の世帯状況



入院前の世帯状況（同居していた人を全て選択）

※入院前に自宅又は賃貸住宅に居住していたと回答した者のみ

	回答数	構成割合
父親	156	21.8%
母親	251	35.1%
兄弟姉妹	181	25.3%
配偶者	51	7.1%
息子・娘	58	8.1%
内縁者	5	0.7%
同居人なし（単身）	209	29.2%
その他	64	8.9%
有効回答数	975	－
回答人数	716	－

出典：平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書（平成27年3月公益社団法人日本精神科病院協会）

「看護」等に関する関係法令

【保健師助産師看護師法（昭和23年7月30日法律第203号）】

第五条　この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

第六条　この法律において「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。

【健康保険法（大正11年4月22日法律第71号）】

第六十三条　被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一 から四　省略

五　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

【保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年4月30日厚生省令第15号）】

第十一条の二　保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

【基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成26年3月5日保医発0305第1号）別添2】

第2　病院の入院基本料等に関する施設基準

4　入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（6）　看護の実施は、次の点に留意する。

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメーキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。

横浜市「自立生活アシスタント」実施要綱

（趣旨）
本要綱は、障害者が地域で自立した生活を送ることができる社会を実現するために身近な地域での日常生活上の相談・助言、情報提供、コミュニケーション支援を総合的に行う横浜市障害者自立生活アシスタント事業(以下「自立生活アシスタント事業」という。)について必要な事項を定める。

（目的）
自立生活アシスタント事業は、地域支援職員(以下「自立生活アシスタント」という。)が、施設の専門性を活かし、利用者の障害特性を踏まえた社会適応力・生活力を高めるための支援を行うことにより、地域で生活する障害者の生活の安定と福祉の向上を図ることを目的とする。

（定義）
この要綱において障害者とは、知的障害者、精神障害者、発達障害者、高次脳機能障害を有するために日常生活又は社会生活に支援が必要な者、その他市長がこれに準ずると認めた者をいう。

（対象者）
自立生活アシスタント事業の対象者(以下「利用者」という。)は市内に居住し、次のいずれかに該当する障害者とする。
ア 単身者
イ 同居家族の障害、高齢化、長期にわたる病気等で日常生活又は社会生活上の支援を受けられない者
ウ 家族と同居またはグループホームに入居しているが、自立生活アシスタントの支援を利用しながら単身生活等への移行を希望する者

（支援の内容）
自立生活アシスタントは、次に掲げるもののほか利用者の自立生活に必要な支援を行い、利用者の直接処遇は行わない。ただし支援の初期の段階で利用者との関係づくりが必要な状況においてはこの限りではない。
(1) 訪問による生活支援
ア 衣食住に関する支援 イ 健康管理に関する支援 ウ 消費生活に関する支援 エ 余暇活動に関する支援
(2) コミュニケーション支援
ア 対人関係の調整　イ 職場・通所先との連絡調整

（自立生活アシスタントの配置）
(1) 自立生活アシスタントの配置は複数とし、そのうち1人は、障害者の支援について相当の経験(概ね5年以上)と知識を有し、障害特性を踏まえた支援を行うことが出来る専任の常勤職員とする。(以下「主任アシスタント」という。)
(2) 自立生活アシスタントは地域生活の支援を専門に担当する専任職員とする。ただし、主任アシスタント以外の自立生活アシスタントについては、複数名が兼務で担当することが出来る。

安心できる地域での暮らし アシストします

自立生活アシスタントのご案内

■自立生活アシスタントとは？
こころに障害をもった方で、一人暮らしをしている、今後一人暮らしを考えている、またはご家族とお住まいでもご家族の支援を受けられない方が、地域生活を継続できるよう、「自立生活アシスタント」がご自宅への訪問等を通じ、生活場面での助言やコミュニケーション支援を行います。
生活の中で不安なことや困っていることなどをご相談ください。自立生活アシスタントが解決に向けて一緒に考えたり、アドバイスをしていきます。
ご利用期間は6ヵ月～1年となります。(必要に応じて更新することもできます)

■利用できる方
○都筑区在住の方
○精神科、心療内科へ通院中の方
○一人暮らし、またはこれから一人暮らしされる方
○同居のご家族の障害、高齢化、長期にわたる病気などで日常生活の支援を受けられない方

■支援の内容
○衣食住に関する相談
季節に合った服、栄養面の配慮、整理整頓などに関する助言
○健康管理に関する相談
服薬管理、受診や通院などに関する助言
○金銭管理に関する相談
金銭管理、浪費防止などに関する助言
○対人関係の相談や調整
家族や近隣住民への連絡、関係機関の調整
○職場・通所先との連絡や調整
関係機関や通所先、職場などからの相談や連絡などの対応

■利用料
○無料（ご自身にかかる交通費等は実費負担）

■利用の方法
○都筑区生活支援センター「こころ野」またはお住まいの区の福祉保健センターへご相談ください

都筑区生活支援センター「こころ野」
☎045-947-0080(火～土10:00～17:00)
URL:http://www.tuduki.jp
横浜市営地下鉄「センター南」駅　徒歩8分
〒224-0033　横浜市都筑区茅ヶ崎東4-13-40

こころ野 自立生活アシスタント

横浜市都筑区生活支援センター
自立生活アシスタント案内
http://goo.gl/ZEHVkU

横浜市　自立生活アシスタント
H26年度実績

利用登録者数：879名
支援事業者数：38事業者

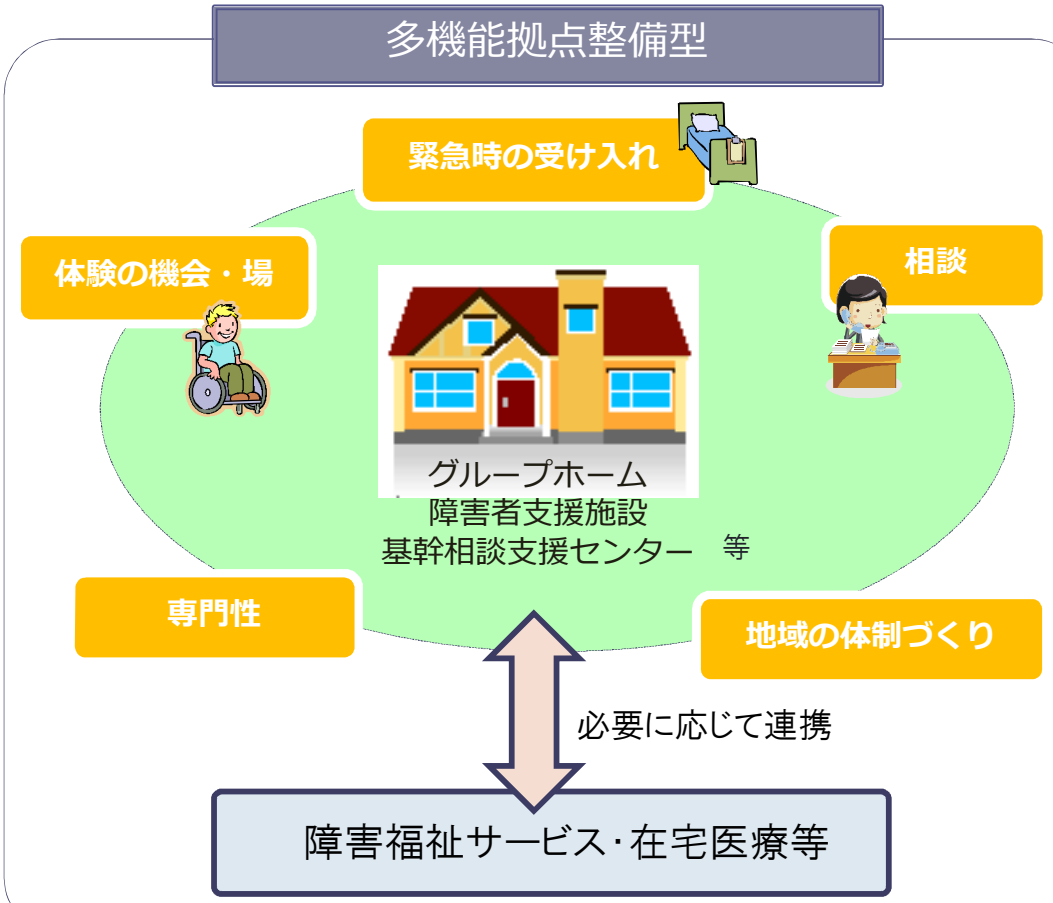
地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化･高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

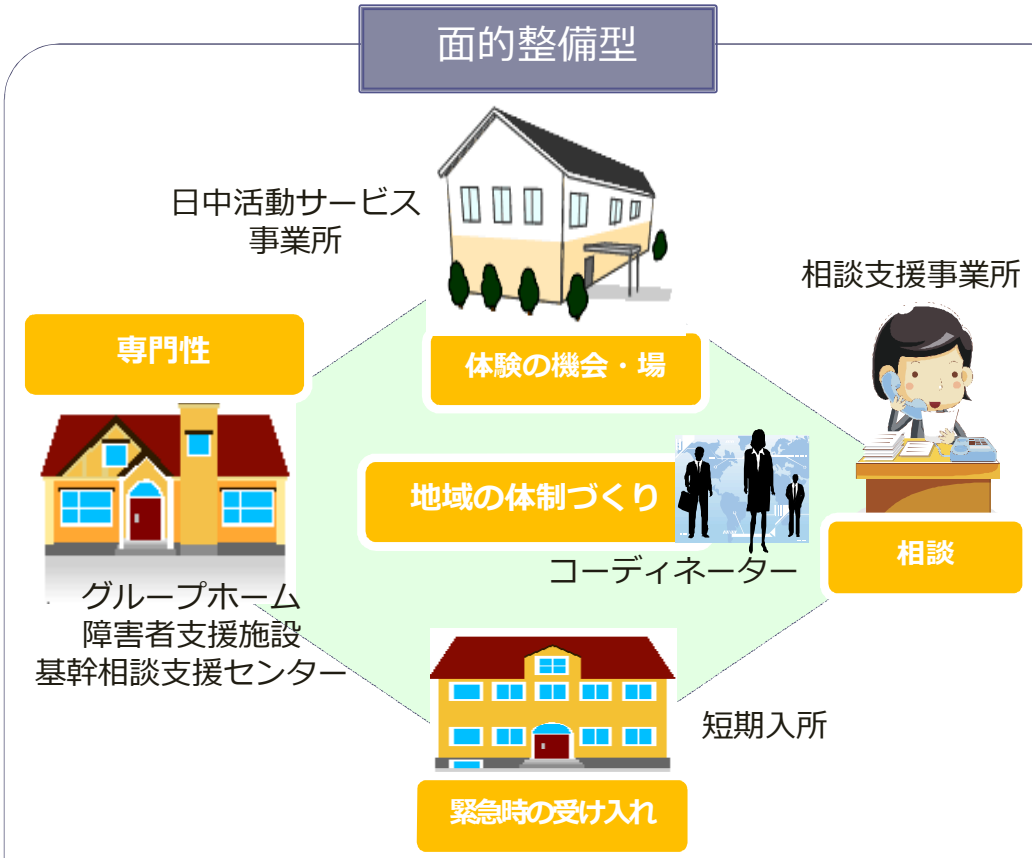
●地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ）※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。

多機能拠点整備型



面的整備型



従業者資格と報酬算定の取扱い

○　訪問系サービスにおけるサービス提供責任者及び従業者に必要な資格要件は以下のとおり。

		訪問介護（介護保険法）	居宅介護（障害者総合支援法）	重度訪問介護（障害者総合支援法）
人員基準	サービス提供責任者	介護福祉士 実務者研修修了者 介護職員基礎研修修了者 介護職員初任者研修課程修了者 （３年以上の実務経験必要）※１	訪問介護基準 又は 居宅介護職員初任者研修課程修了者 （３年以上の実務経験必要）※２	居宅介護基準と同様
	ヘルパー	介護福祉士 実務者研修修了者 介護職員基礎研修修了者 介護職員初任者研修課程修了者	訪問介護基準 又は 居宅介護職員初任者研修課程修了者 障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者※３	居宅介護基準 又は 重度訪問介護従業者養成研修修了者

※１　平成30年までは30%減算の対象となり、平成30年以降任用要件から除外
※２　本要件は暫定的なものであり、早期にこれに該当する研修受講や資格所得に努めることと規定
※３　本要件は訪問介護では報酬上の評価を廃止

○　介護保険の訪問介護においては、サービスの質の向上を図る観点から、従業者の資格要件を段階的に引上げ。

○　サービス提供責任者における「実務経験３年以上の介護職員初任者研修課程修了者」の取り扱い

平成２４年度　～　平成２６年度まで　　１０%減算
平成２７年度　～　平成２９年度まで　　３０%減算（一定の要件を満たす場合は減算を適用しない（平成２９年度末まで））
平成３０年度　　任用要件から「実務経験３年以上の介護職員初任者研修課程修了者」を廃止

○　訪問介護員３級課程修了者の取扱いについて

平成１５年度　～　平成１７年度　　１０%減算
平成１８年度　～　平成２０年度　　３０%減算
平成２１年度　　報酬上の評価を廃止（現に従事していた者は１年の経過措置）

OJTの評価について

○　訪問系サービスのOJTについては、特定事業所加算で評価している。

【特定事業所加算の算定要件】
- ○　特定事業所加算（Ⅰ）（①～③のすべてに適合）　所定単位数の20%を加算
- ○　特定事業所加算（Ⅱ）（①及び②に適合）　所定単位数の10%を加算
- ○　特定事業所加算（Ⅲ）（①及び③に適合）　所定単位数の10%を加算
- ○　特定事業所加算（Ⅳ）（①～③に適合）　所定単位数の５％

①　**サービス提供体制の整備（研修の計画的実施、情報の的確な伝達等）**
→　新規に採用した全ての従業者に対し、**熟練した従業者の同行による研修を実施**していること。

②　良質な人材の確保（介護福祉士の割合が30%以上等）
③　重度障害者への対応（区分５以上の利用者及び喀痰吸引等を必要とする者が30%以上）

○　特定事業所加算の取得状況は以下のとおりである。

サービス種別	特定事業所加算Ⅰ	特定事業所加算Ⅱ	特定事業所加算Ⅲ	計
居宅介護	3.0%	10.4%	1.0%	14.4%
重度訪問介護	4.7%	2.4%	2.0%	9.1%
同行援護	0.4%	9.9%	0.2%	10.6%
行動援護	13.5%	10.7%	2.1%	26.3%

重度訪問介護とパーソナル・アシスタンスについて

	重度訪問介護	イギリスの ダイレクト・ペイメント	スウェーデンの パーソナルアシスタンス
事業主体	指定事業者(法人)	地方自治体	個人(利用者)
対象者	障害支援区分4以上に該当し、次の(一)又は(二)のいずれかに該当する者 (一) 二肢以上に麻痺等がある者であって、障害支援区分の認定調査項目のうち「歩行」、「移乗」、「排尿」、「排便」のいずれもが「支援が不要」以外に認定されている者 (二) 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者	①障害者であること ②16歳以上であること ③地方自治体による審査を受けていること ※地方自治体による審査の結果、必要とされる金額が決定され、その範囲内で利用するか、自費でサービスを追加する ※使途に制限はない。	永続的な障害であることが必要 65歳未満で、 ①発達障害、自閉症等 ②成人後の外傷、身体的疾患に起因する脳障害による重篤、恒久的な知的機能障害 ③通常の高齢化によらない他の恒久的な身体的、精神的機能障害 のいずれかを持つ者であること等 ※65歳以上で初めてパーソナル・アシスタンスの決定を受けることができない
サービス提供方法	障害福祉サービス事業者が利用者とのサービス利用契約に基づきヘルパーを派遣	①利用者の直接雇用、②サービス事業者から派遣によりパーソナルアシスタンスと呼ばれる介助者を派遣	①利用者自身が募集したヘルパーとサービス利用契約を締結 ②サービス事業者からPAを派遣
提供されるサービス	入浴、排せつ、食事の介護、移動支援などを総合的に提供	利用制限無し(personal budget の範囲で自由に使用できる)	食事等生きる上で不可欠なことだけでなく、趣味等不可欠ではないことを行う場合も含めて、手となり足となる ※医療行為は含まれない
ヘルパーの要件	居宅介護に従事可能な者、重度訪問介護従事者養成研修修了者	ケアラーとしての資格が必要	公的な教育等は無く資格もない
報酬	1,830円(1時間未満) ※1単位当たり10円で計算	通常の賃金(データ無し)	1時間当たり284クローナ(2015年)

（２）障害者等の移動の支援について

移動支援の実施方法について

区　分	実施方法		
個別給付 （同行援護、行動援護、 重度訪問介護）	**個別支援**	―	―
地域生活支援事業	**個別支援** ・個別的支援が必要な者に対するマンツーマンによる支援	**グループ支援** ・複数の障害者等への同時支援 ・屋外でのグループワーク、同一目的地・同一イベントへの複数人同時参加の際の支援	**車両移送** ・福祉バス等車両の巡回による送迎支援 ・駅等の経路を定めた運行、各種行事の参加のための運行等

個別給付で対象外となっている移動支援についても、地域特性や利用者ニーズ等に応じ、各市町村の判断で柔軟に実施

（例）■通勤、営業活動等の経済活動に係る外出
- ・介護者の疾病、入院等により一時的に通勤時の介助が困難となった場合
- ・通勤ルートを覚えるための訓練として一時的に利用する場合

■通年かつ長期にわたる外出
- ・保護者の就労により送迎が困難な場合
- ・日中活動系サービス事業所、児童通所施設等へ通所する場合
- ・世帯に障害者が複数いる、ひとり親、虐待等、送迎困難と認められる家庭の事情がある場合

■その他
- ・保護者の疾病、入院等により一時的に通学時の送迎が困難となった場合
- ・通学ルートを覚えるための訓練として一時的に利用する場合
- ・冠婚葬祭等のために一時的に利用する場合
- ・その他、計画相談や審査会等で個別に必要と認められた場合

通勤・通学支援について

雇用障害者数、就労移行支援利用者数、特別支援学校在学者数は以下のとおり。

【雇用障害者数、就労移行支援利用者数】

区分	雇用者数	就労移行支援利用者数
身体障害者	43.3万人	2,724人
知的障害者	15.0万人	12,792人
精神障害者	4.8万人	13,544人
難病等		97人
計	63.1万人	28,637人

出典：平成25年度障害者雇用実態調査、国保連データ（H27.2）

【特別支援学校在学者数】

区分	小学部	中学部	高等部	計
在学者数	38,168	30,493	65,730	134,031

義務教育課程で68,661人

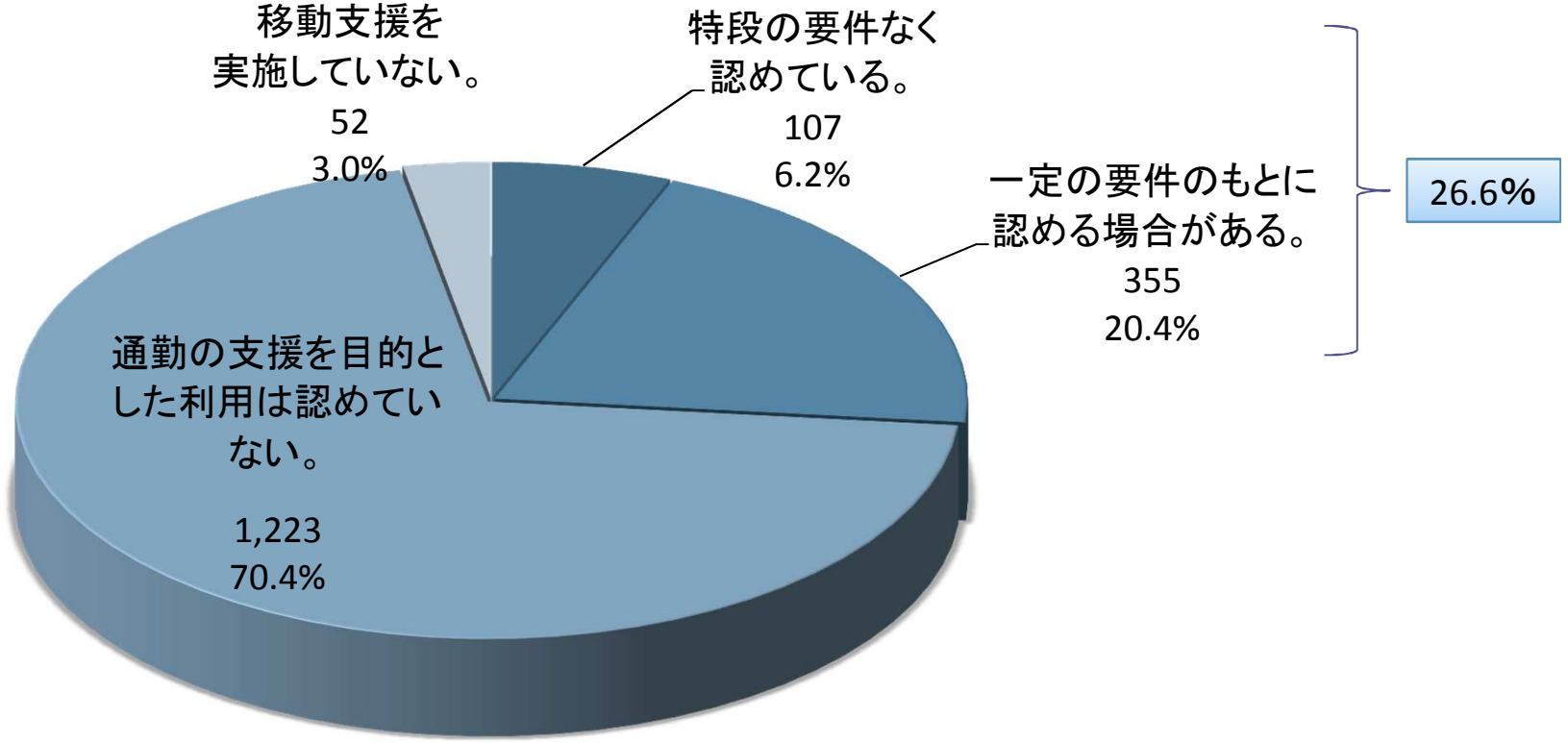
【特別支援学級在学者数】

区分	小学部	中学部	計
在学者数	129,018	58,082	187,100

出典：平成26年学校基本調査（文部科学省）

地域生活支援事業の移動支援による「通勤」の支援状況

通勤支援については27%の市町村で事業化しており、訓練等の要件を設けている市町村は20%



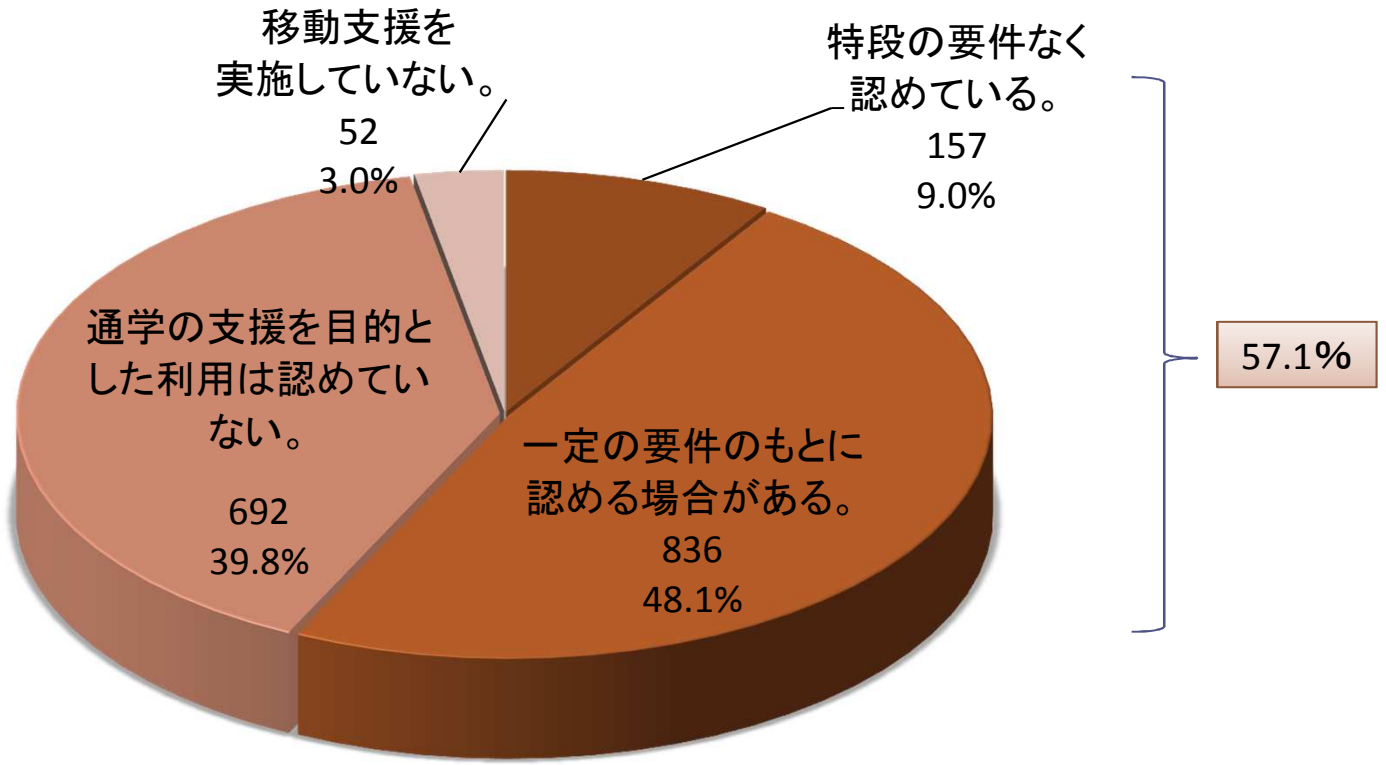
N=1,737市町村（1広域連合含む。）

認める場合の主な要件
- 介護者の疾病、入院等により一時的に通勤時の介助が困難となった場合 （219市町村、61.7%）
- 通勤ルートを覚えるための訓練として、一時的に利用する場合 （187市町村、52.7%）
- その他

※平成25年度の状況について、自立支援振興室調べ

地域生活支援事業の移動支援による「通学」の支援状況

通学支援については57%の市町村で事業化しており、訓練等の要件を設けている市町村は48%



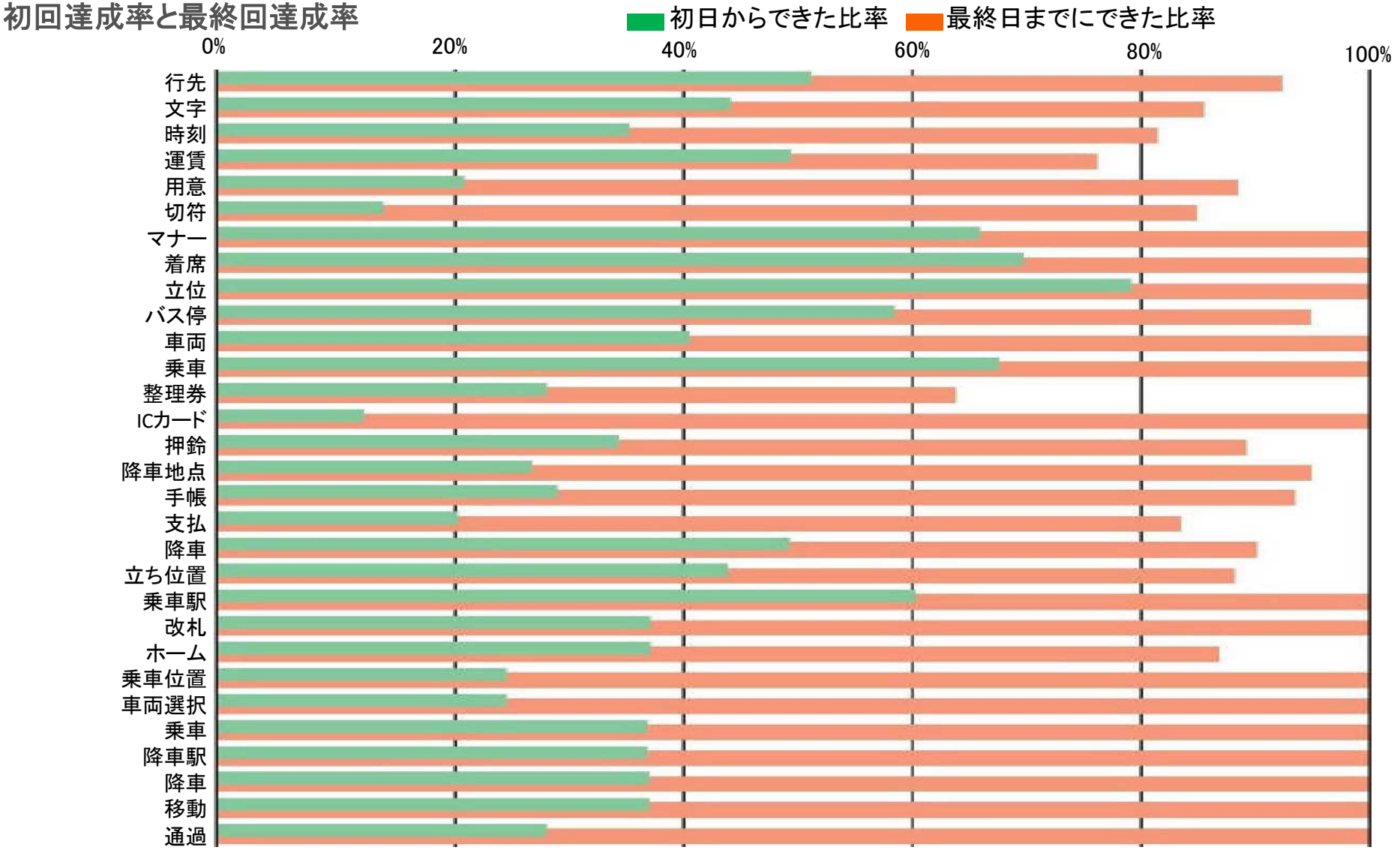
N=1,737市町村（1広域連合含む。）

認める場合の主な要件
- 保護者の疾病、入院、出産等により一時的に送迎が困難な場合 （674市町村，80.6%）
- 通学ルートを覚えるための訓練として、一時的に利用する場合 （277市町村，33.1%）
- 保護者の就労により送迎が困難な場合 （198市町村，23.7%）
- その他

※平成25年度の状況について、自立支援振興室調べ

バス、鉄道による交通移動乗車実験について

療育手帳を所持する知的障害者29人に対し、バス、鉄道に支援員の指導の下10回程度乗車してもらい、下記の事項について一人でできた割合を比較すると、初回と比べて最終日までに大幅な伸びを示しており、最終的にはバス利用者の73%、鉄道利用者の83%が一人で移動できるようになった。



出典：大分県「ひとりで乗りたい」知的障害者通所自立支援マニュアル

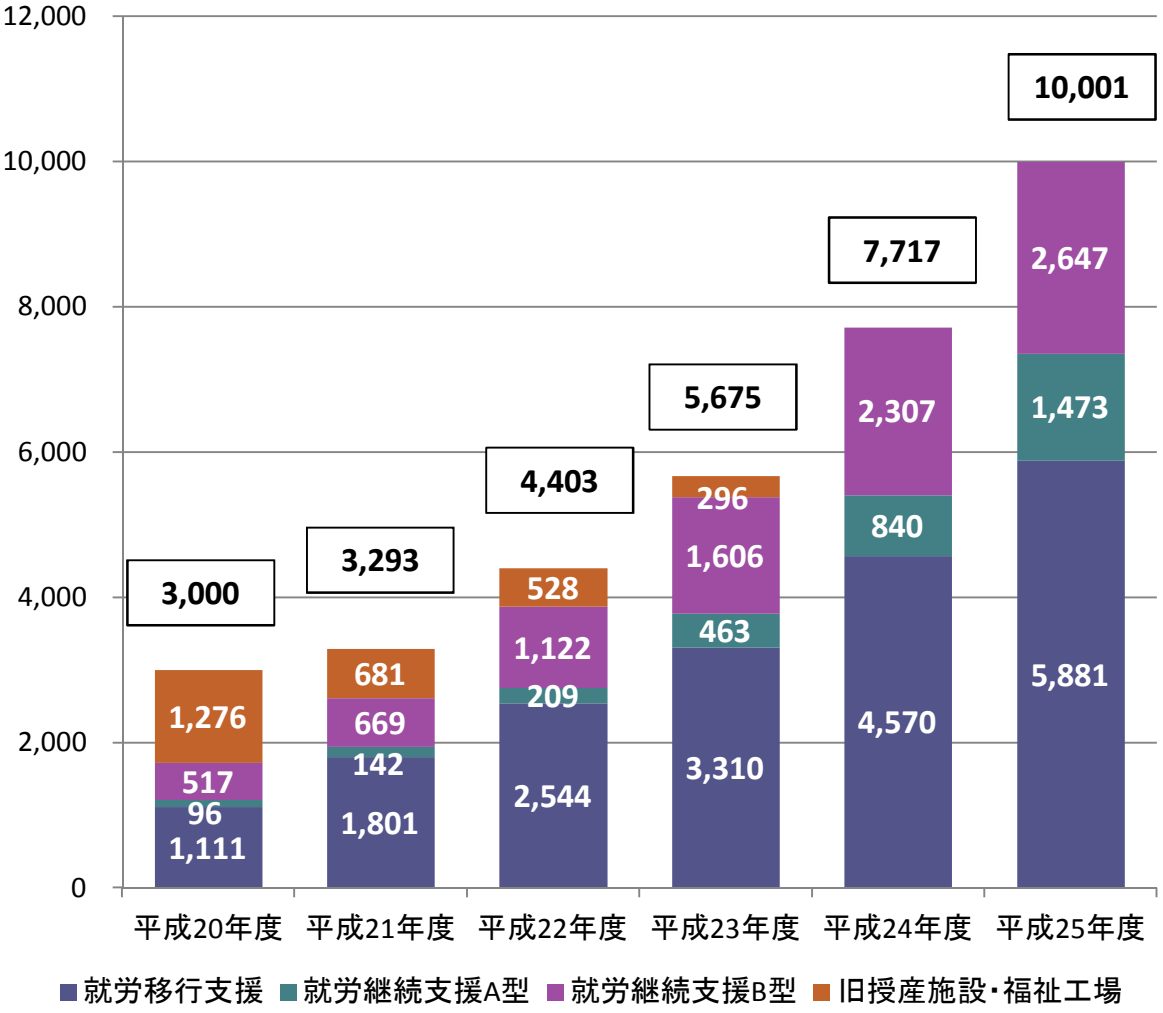
（３）障害者の就労支援について

一般就労への移行者数・移行率の推移（事業種別）

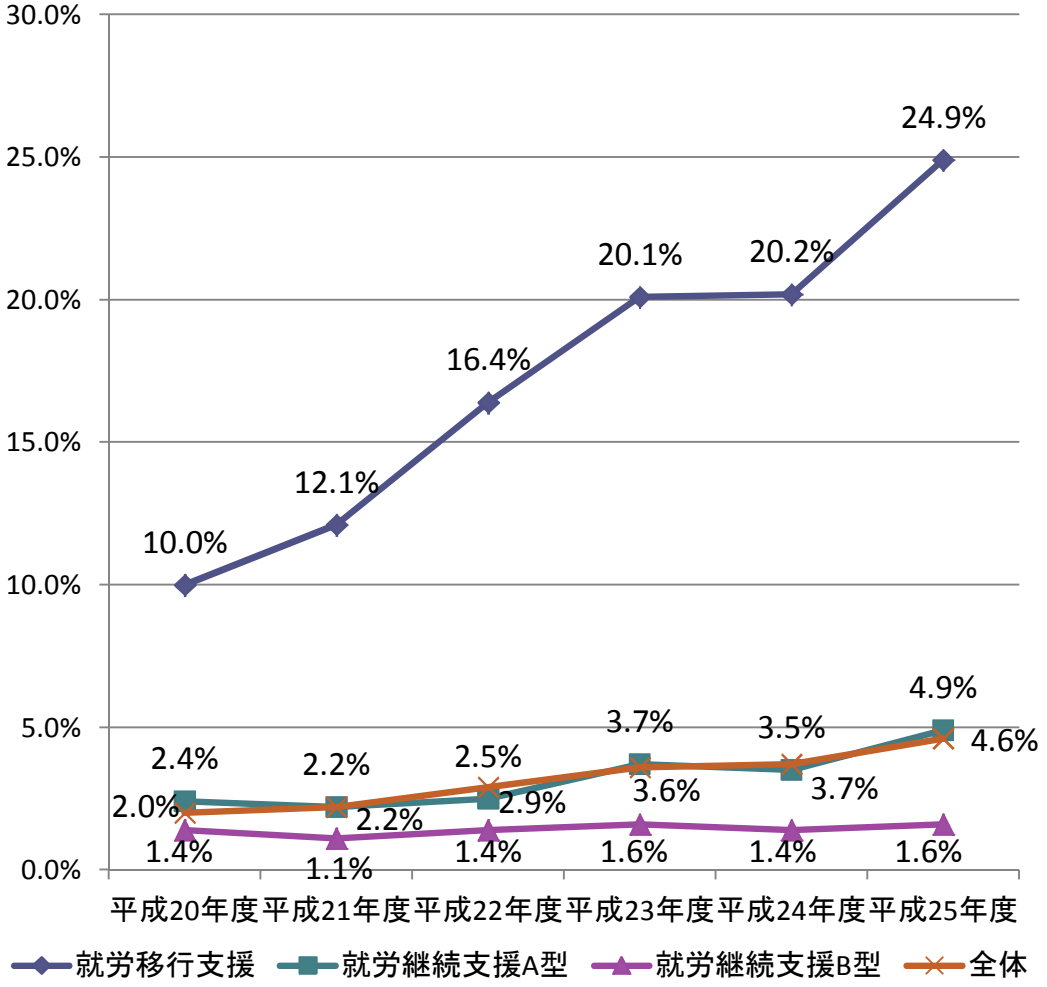
○　就労系障害福祉サービスから一般就労への移行者数は、毎年増加しており、平成25年度では約1万人の障害者が一般企業へ就職している。

○　一方で、一般就労への移行率を見ると、就労移行支援における移行率は大きく上昇しているものの、就労継続支援A型では微増にとどまっており、就労継続支援B型では横ばいとなっている。

＜一般就労への移行者数の推移＞



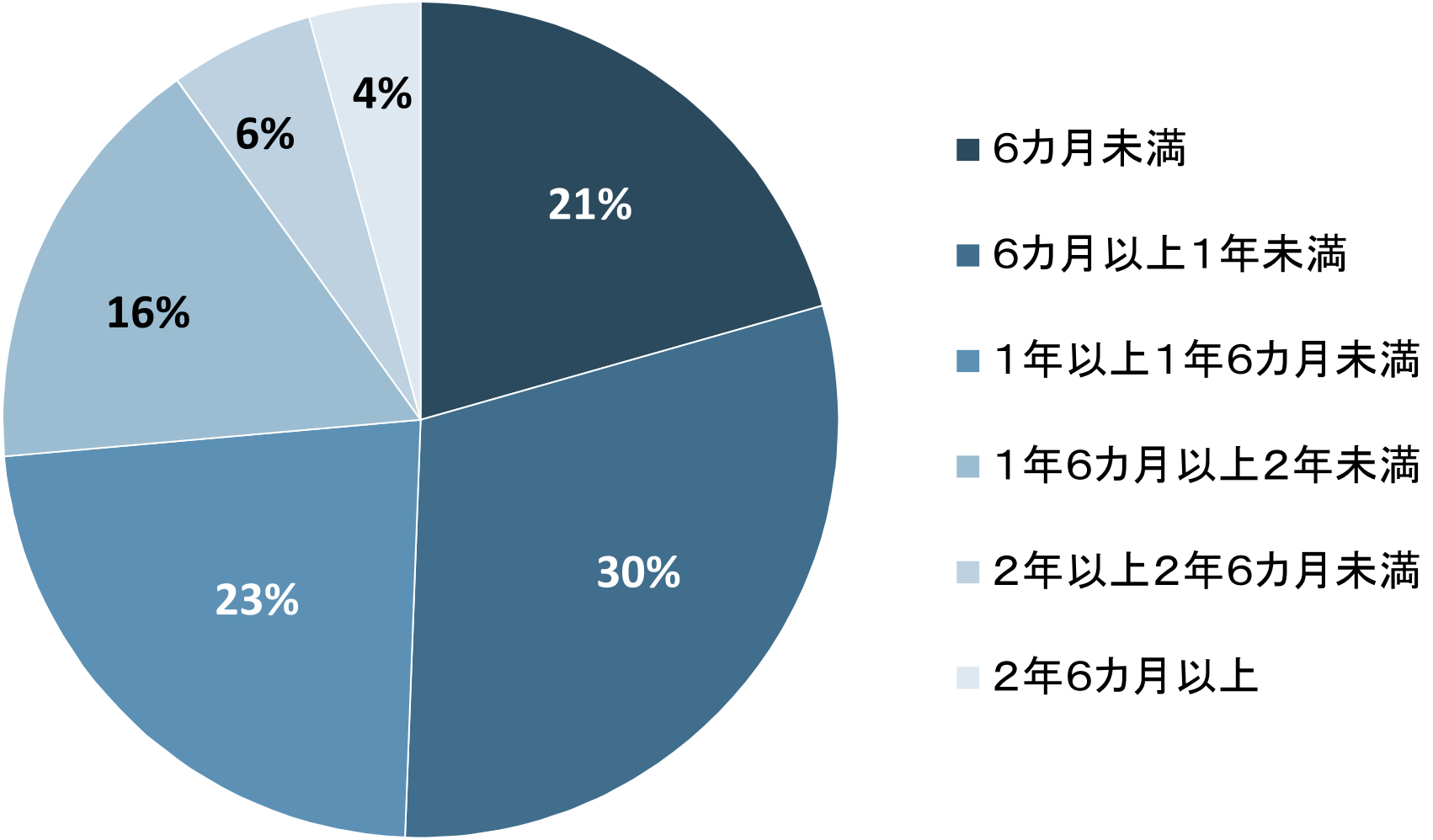
＜一般就労への移行率の推移＞



【出典】社会福祉施設等調査

就労移行支援の利用期間の状況（平成25年度就職者）

○　平成25年度における就労移行支援事業所から一般就労へ移行した障害者について、就労移行支援の利用期間を見ると、1年未満に就職した者が約5割となっており、原則の利用期間である2年以内に就職した者は約9割となっている。

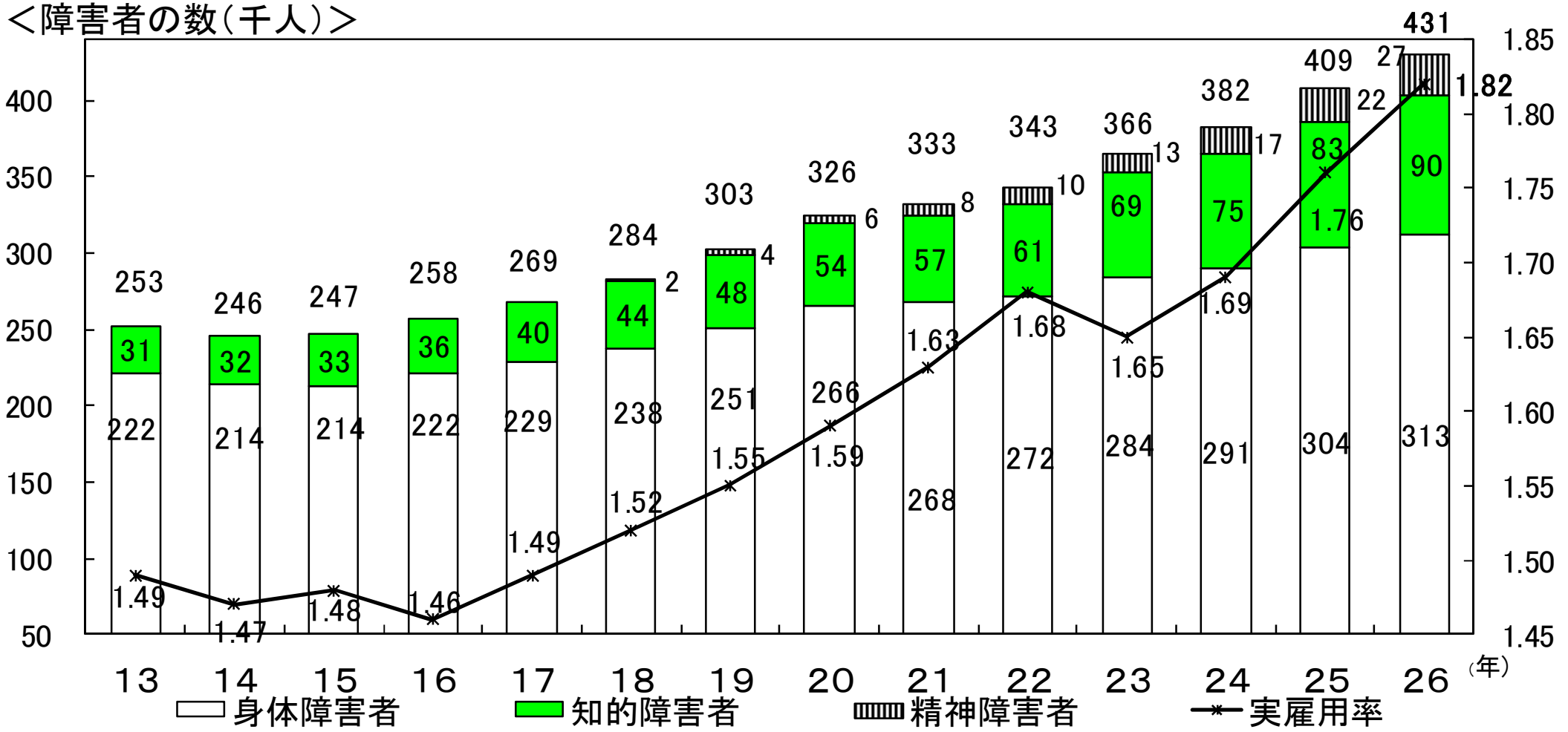


【出典】厚生労働省障害福祉課調べ

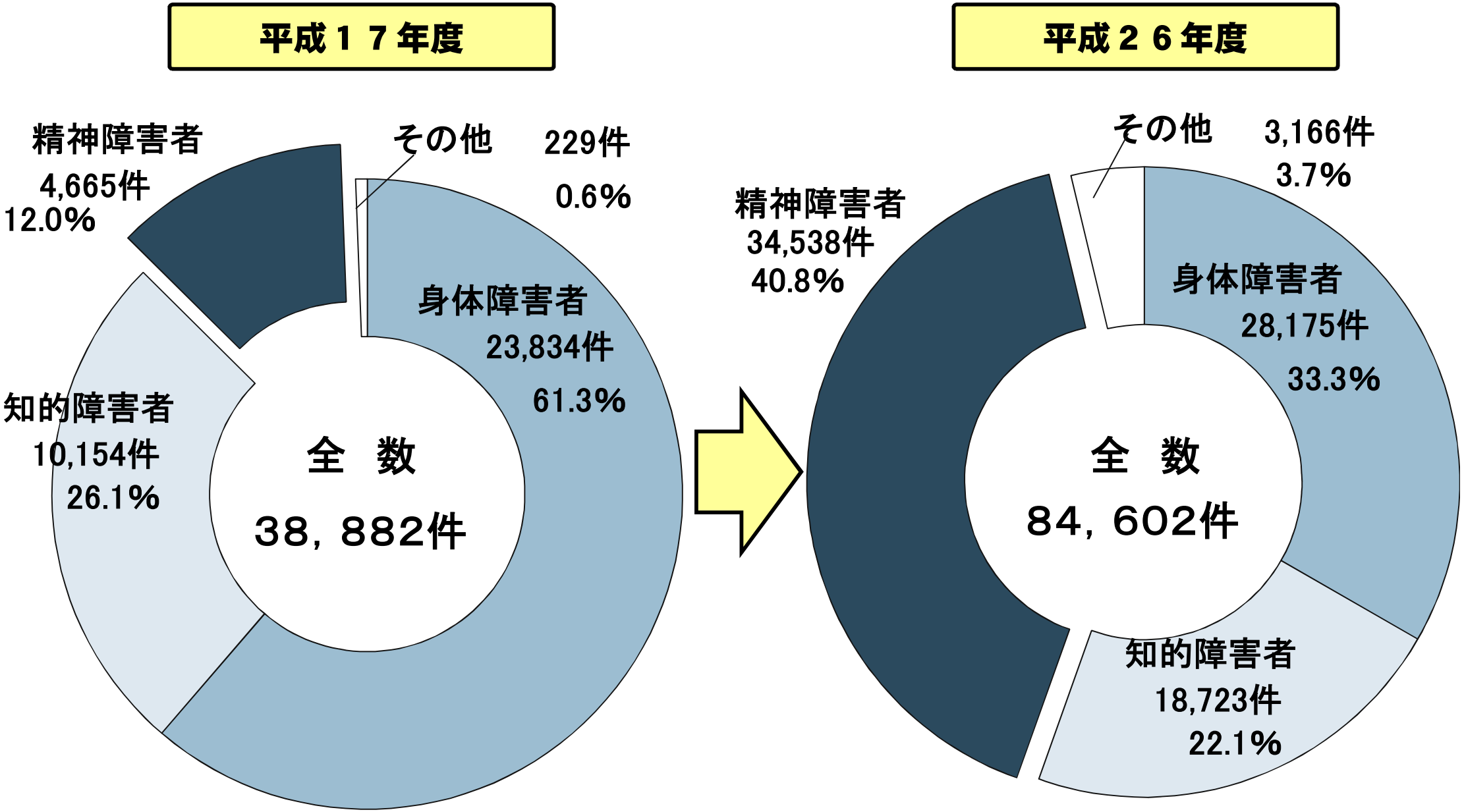
障害者雇用の状況

（平成26年6月1日現在）

○　民間企業の雇用状況　実雇用率 1.82%　法定雇用率達成企業割合　44.7%
○　25年4月に引き上げた法定雇用率（2.0%）には届かないものの、**雇用者数は11年連続で過去最高を更新**。障害者雇用は着実に進展。



ハローワークの障害種別の職業紹介状況
（就職件数）

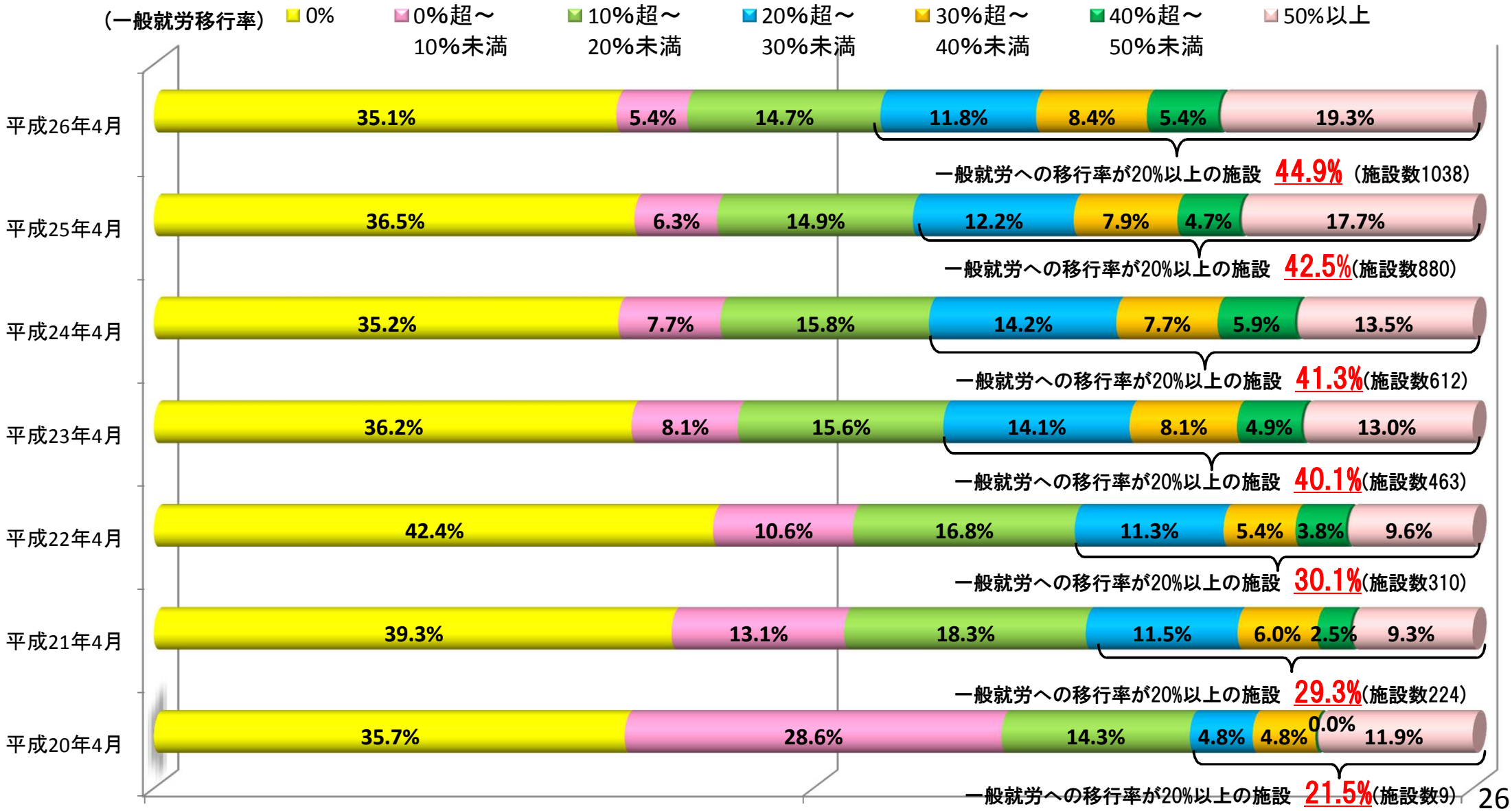


障害者総合支援法における就労系障害福祉サービス

	就労移行支援事業	就労継続支援A型事業	就労継続支援B型事業
事業概要	就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、①生産活動、職場体験等の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、②求職活動に関する支援、③その適性に応じた職場の開拓、④就職後における職場への定着のために必要な相談等の支援を行う。 （利用期間：2年） ※ 市町村審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新可能	通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う。 （利用期間：制限なし）	通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。 （利用期間：制限なし）
対象者	① 企業等への就労を希望する者	① 就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者 ② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者 ③ 企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係の状態にない者	① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者 ② 50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者 ③ ①及び②に該当しない者で、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている者
報酬単価	711単位（平成27年4月～） ※ 利用定員が21 人以上40 人以下の場合	519単位（平成27年4月～） ※ 利用定員が21 人以上40 人以下の場合	519単位（平成27年4月～） ※ 利用定員が21 人以上40 人以下の場合
事業所数	2，985事業所 （国保連データ平成27年3月）	2，668事業所 （国保連データ平成27年3月）	9，223事業所 （国保連データ平成27年3月）
利用者数	29，626人 （国保連データ平成27年3月）	47，733人 （国保連データ平成27年3月）	196，019人 （国保連データ平成27年3月）

就労移行支援事業による一般就労への移行率別の施設割合の推移

○　一般就労への移行率が20%以上の就労移行支援事業所の割合は、44．9%と年々上昇している一方で、移行率が0%の事業所が3割強あり、その割合はあまり変化していない。

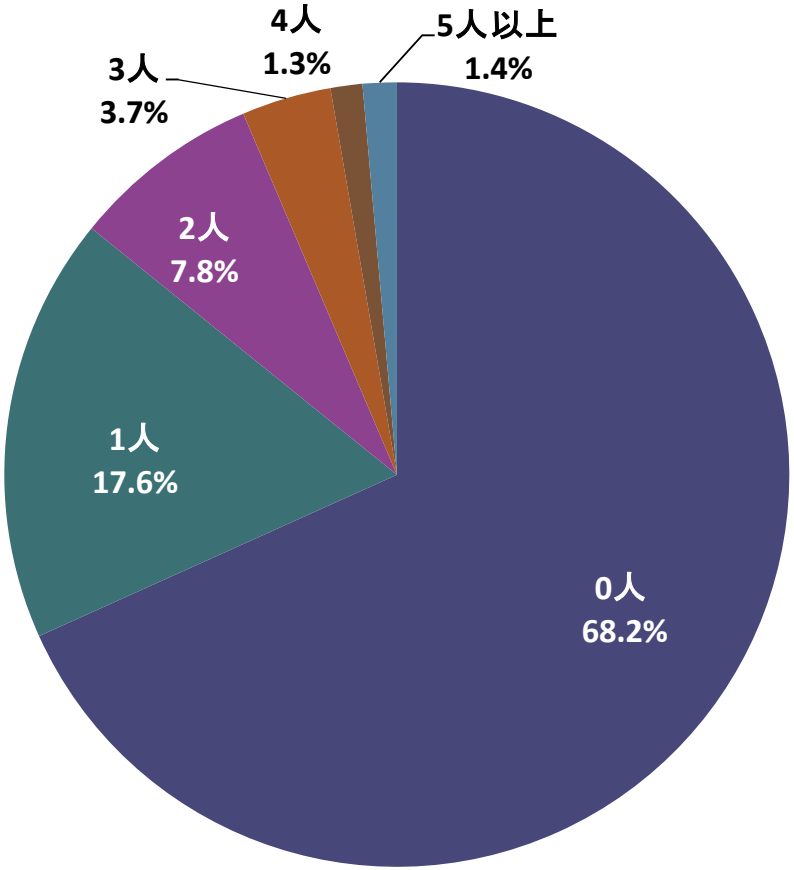


【出典】厚生労働省障害福祉課調べ（平成26年4月分　回答率：82.5%）

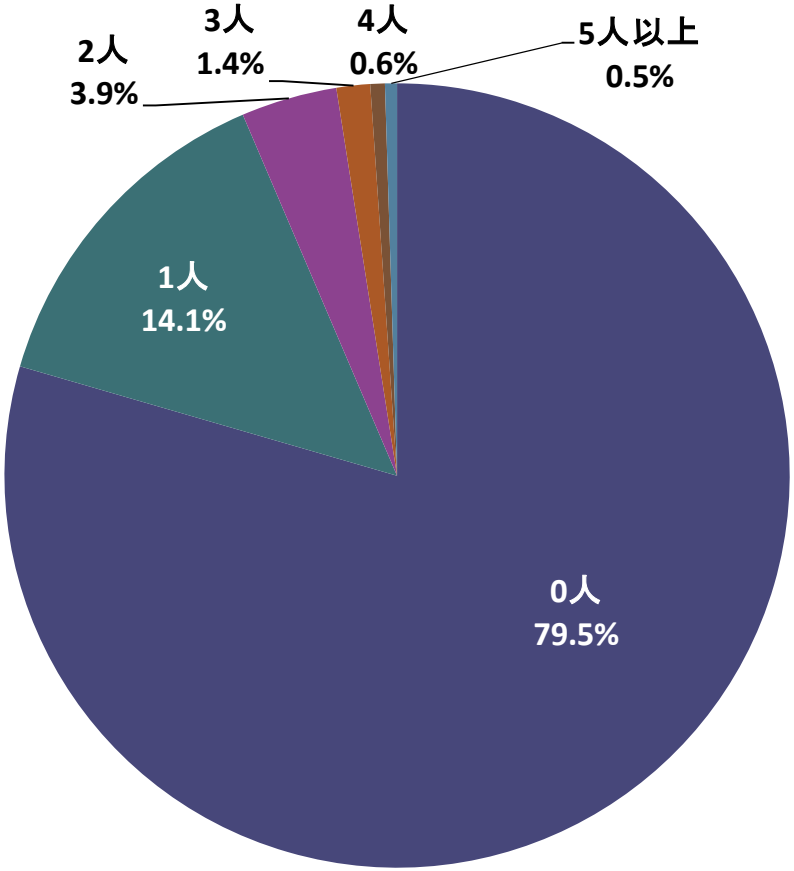
就労継続支援（A型・B型）からの就職者数（平成25年度）

○　就労継続支援事業について、１年間に１人も一般企業への就職者が出ていない事業所は、A型事業所で約7割、B型事業所で約8割となっている。

【就労継続支援A型】



【就労継続支援B型】

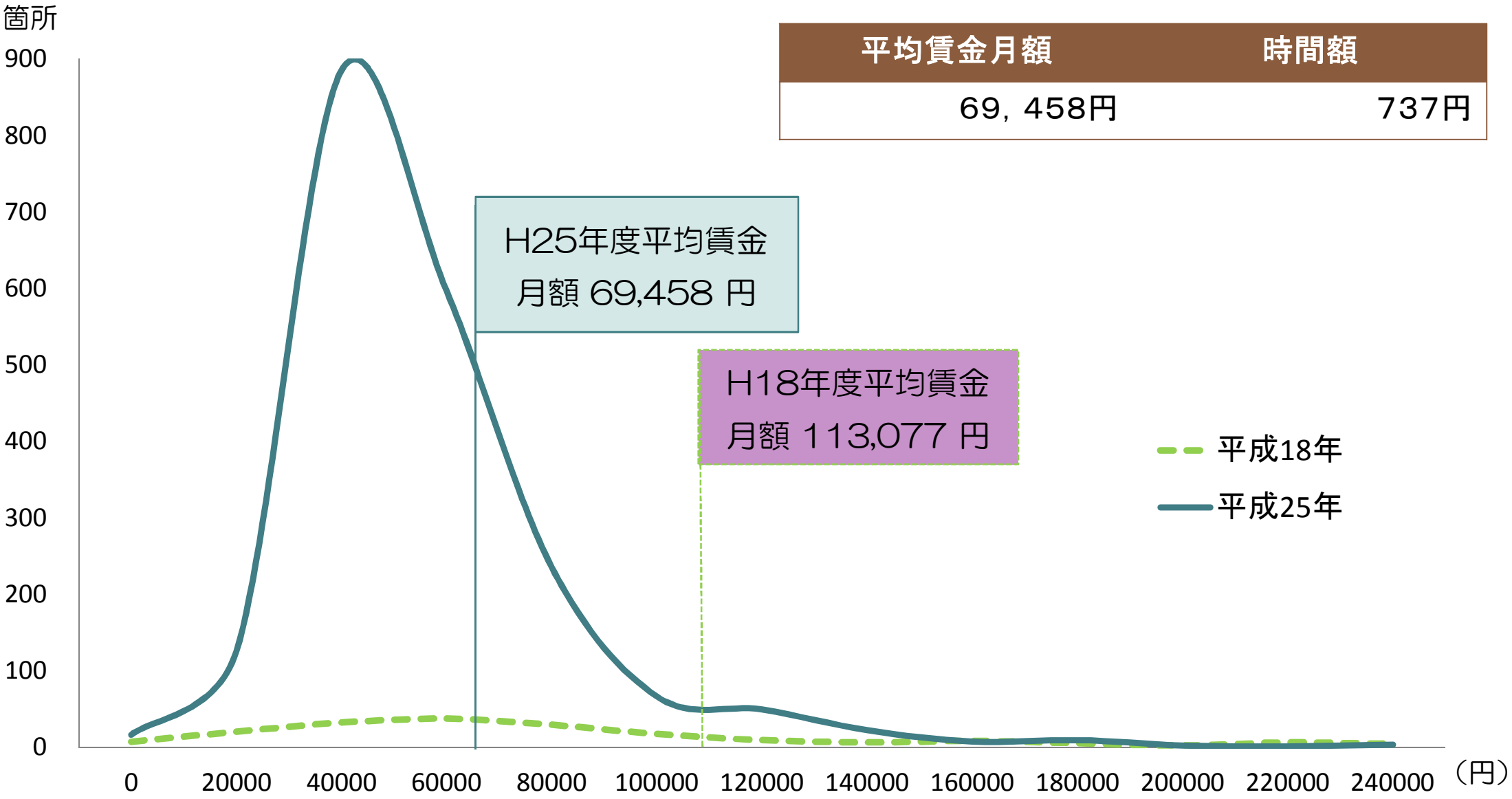


【出典】厚生労働省障害福祉課調べ

就労継続支援A型における平均賃金の状況

○　平成25年度の利用者1人当たりの平均賃金月額は、69，458円と18年度と比べて約39%減少している。
○　また、平均賃金を時給換算すると737円となり、同年度の最低賃金の全国平均764円と同程度となっている。

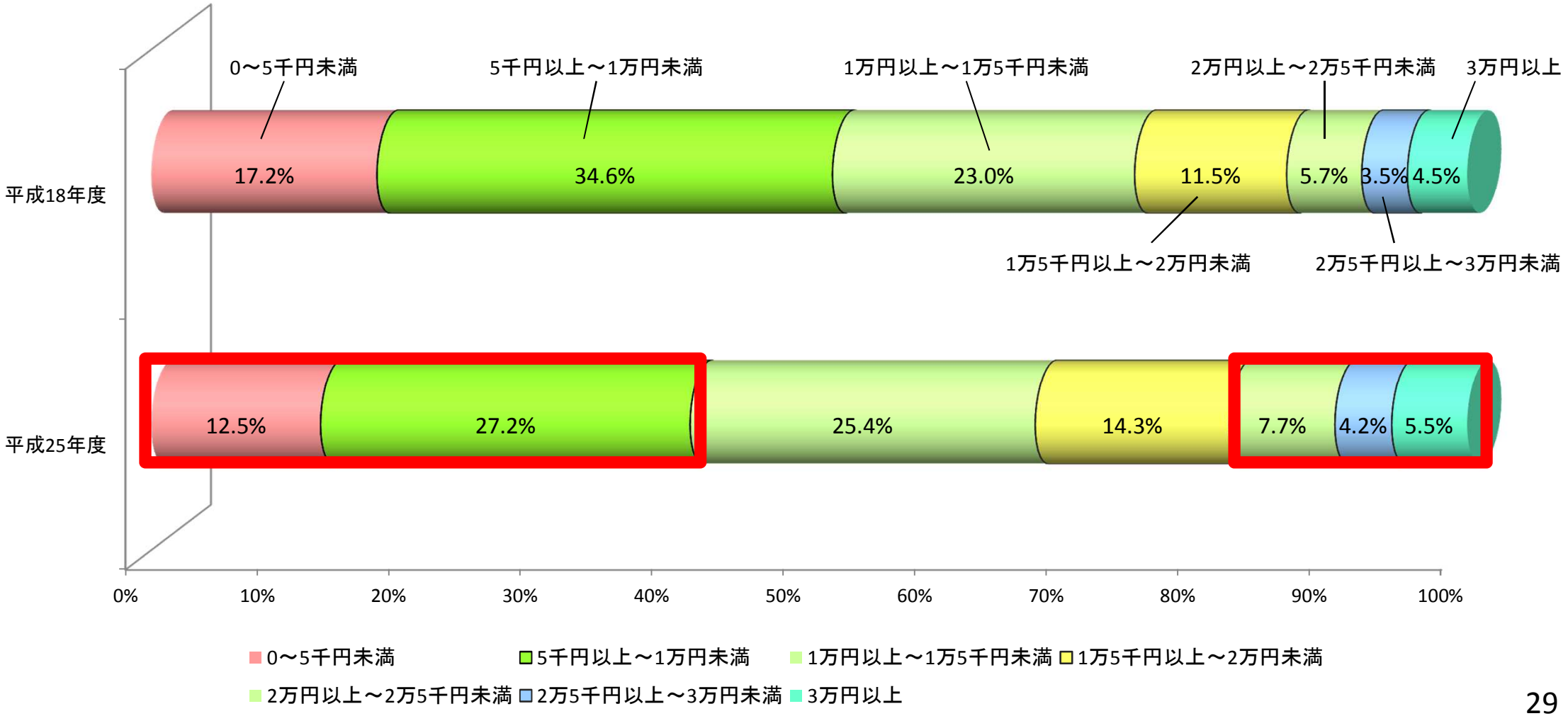
平均賃金月額	時間額
69，458円	737円



【出典】厚生労働省障害福祉課調べ

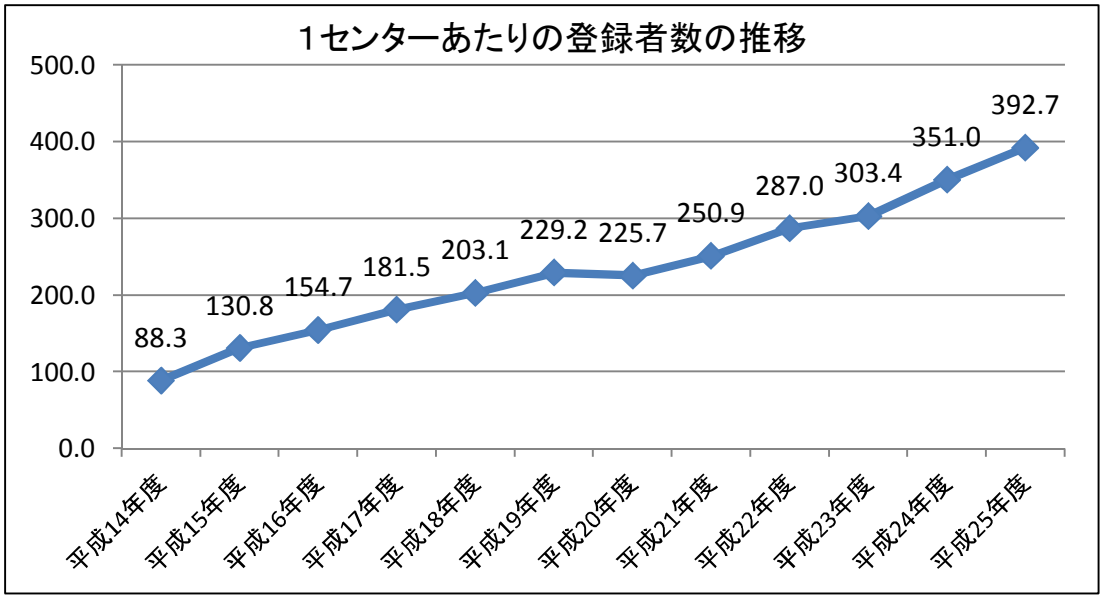
就労継続支援B型における工賃の状況

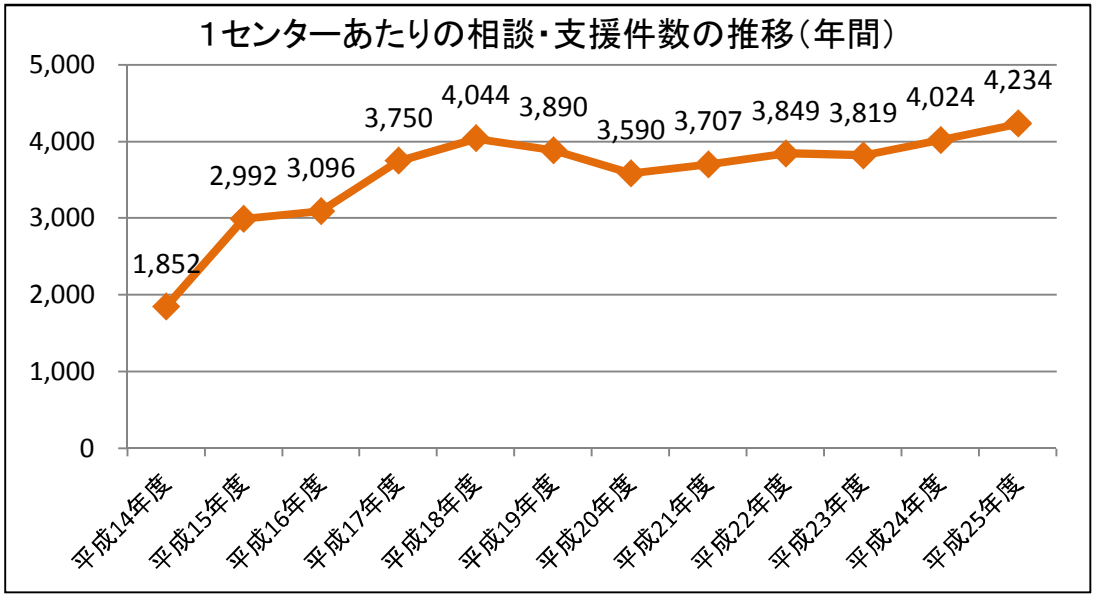
○　平成18年度と比較すると、利用者1人あたりの平均工賃月額が2万円以上の事業所の割合は増加しており、全体の2割弱となっている。
○　平均工賃月額が1万円未満の事業所の割合は減少しているものの、全体の約4割となっている。

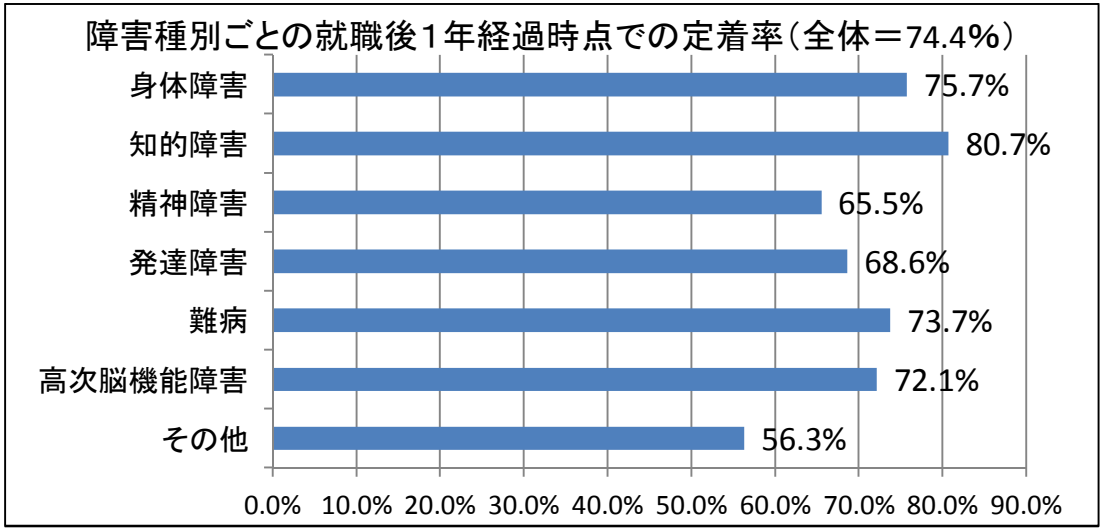


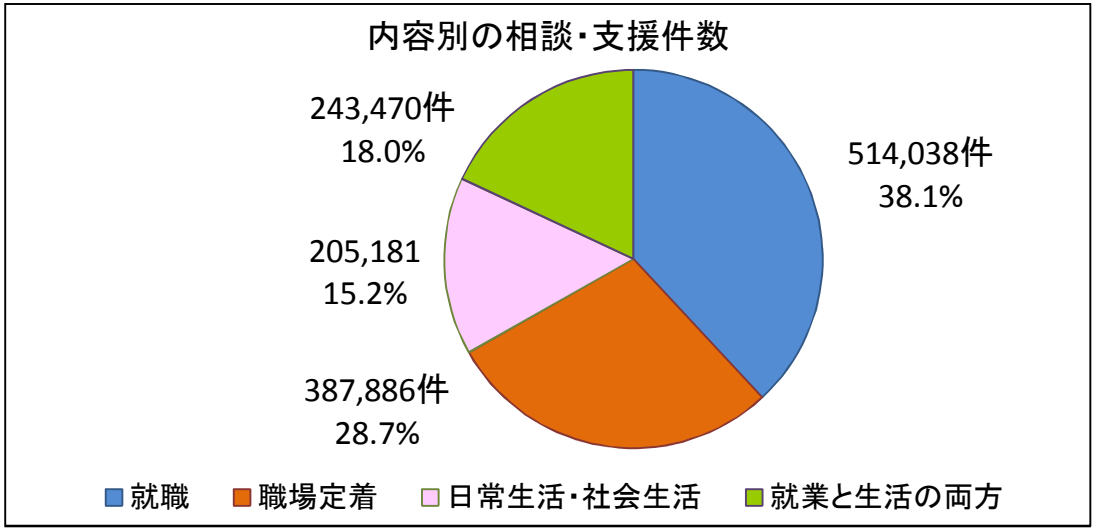
障害者就業・生活支援センターでの事業実施状況

○　障害者就業・生活支援センターにおける登録者数の増加に伴い、相談・支援件数も毎年増加しており、生活面にかかる相談・支援は3割強となっている。
○　障害者就業・生活支援センターでの支援により就職した者の１年経過後の職場定着率は７４．４％となっており、障害種別でみると、精神障害者や発達障害者の職場定着率が低い状況にある。









【出典】障害者就業・生活支援センター事業実施状況報告（平成25年度）

就労定着支援体制加算

加算創設の趣旨

○　一般就労への定着支援を充実・強化するため、就労移行支援体制加算を廃止し、利用者の就労定着期間に着目した加算を新たに創設

就労移行支援体制加算（平成26年度末まで）

○　一般就労移行後、6ヵ月以上就労している者の利用定員に占める割合が一定以上の場合、以下の区分に応じた単位数を加算

- 就労定着者が5%以上15%未満　41単位
- 就労定着者が15%以上25%未満　68単位
- 就労定着者が25%以上35%未満　102単位
- 就労定着者が35%以上45%未満　146単位
- 就労定着者が45%以上　209単位

就労継続期間に応じた加算に見直し

就労定着支援体制加算（平成27年度から）

一般就労移行後、6ヵ月以上就労している者の利用定員に占める割合が一定以上の場合、就労継続期間に応じて、以下の区分に応じた単位数をそれぞれ加算

6ヵ月以上12月未満		12ヵ月以上24月未満		24ヵ月以上36月未満	
5%以上15%未満	29単位	5%以上15%未満	25単位	5%以上15%未満	21単位
15%以上25%未満	48単位	15%以上25%未満	41単位	15%以上25%未満	34単位
25%以上35%未満	71単位	25%以上35%未満	61単位	25%以上35%未満	51単位
35%以上45%未満	102単位	35%以上45%未満	88単位	35%以上45%未満	73単位
45%以上	146単位	45%以上	125単位	45%以上	105単位

（４）障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方について

支給決定プロセスについて

○市町村は、障害者又は障害児の保護者から申請があったときは、

・障害支援区分の認定を行い、

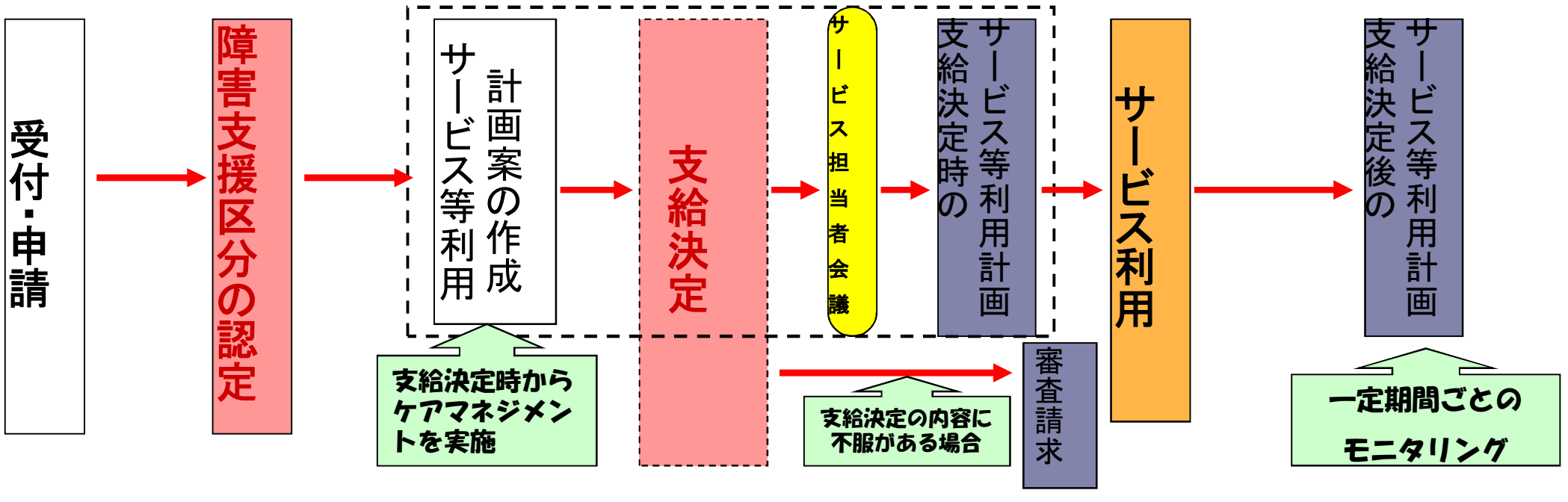
・指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求め、

これらを勘案して支給決定を行う。

＊　上記の計画案に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画案（セルフプラン）を提出可。

○支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）を行う。

- 平成24年4月より、市町村が必要と認めるときには、サービス等利用計画案を作成することとするとともに、サービス等利用計画案を支給決定に当たって勘案することしている。また、平成27年4月からは対象を全申請者に拡大した。
- 平成26年4月より、障害程度区分を障害支援区分へ見直した。



支給決定において当事者の意向を反映させる現行制度上の仕組みについて

①【概況調査（障害者総合支援法第20条第２項）】

市町村は、支給決定の申請があった際には、原則、市町村職員に、申請者の障害福祉サービスに関わる意向の具体的内容等を調査することとしている。

【障害者総合支援法第２０条】
２　市町村は、前項の申請があったときは、次条第一項及び第二十二条第一項の規定により障害支援区分の認定及び同項に規定する支給要否決定を行うため、厚生労働省令で定めるところにより、**当該職員をして、当該申請に係る障害者等又は障害児の保護者に面接をさせ、その心身の状況、その置かれている環境その他厚生労働省令で定める事項について調査をさせる**ものとする。この場合において、市町村は、当該調査を第五十一条の十四第一項に規定する指定一般相談支援事業者その他の厚生労働省令で定める者（以下この条において「指定一般相談支援事業者等」という。）に委託することができる。

【障害者総合支援法施行規則第8条】
法第20条第2項 に規定する厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる事項とする。
一　法第二十条第一項 の申請に係る障害者等の介護を行う者の状況
二　当該障害者等に関する保健医療サービス又は福祉サービス等（前条第一項第三号から第五号までに掲げるものに係るものを除く。）の利用の状況
三　当該障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向の具体的内容

②【サービス等利用計画案（障害者総合支援法第５条第20項及び第22条第６項）】

支給決定に当たってはサービス等利用計画案の提出が義務化されており、サービス等利用計画案において「障害福祉サービス等の利用に関する意向」を記載し、当該計画案を勘案して支給決定がされることとなっている。

【障害者総合支援法第5条】
20　この法律において「サービス利用支援」とは、第20条第１項若しくは第24条第１項の申請に係る障害者等又は第51条の６第１項若しくは第51条の　９第１項の申請に係る障害者の心身の状況、その置かれている環境、**当該障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービス又は地域相談支援の利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービス又は地域相談支援の種類及び内容その他の厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下「サービス等利用計画案」という。）を作成**し、第19条第１項に規定する支給決定（次項において「支給決定」という。）、第24条第２項に規定する支給決定の変更の決定（次項において「支給決定の変更の決定」という。）、第51条の５第１項に規定する地域相談支援給付決定（次項において「地域相談支援給付決定」という。）又は第51条の９第２項に規定する地域相談支援給付決定の変更の決定（次項において「地域相談支援給付決定の変更の決定」という。）（以下「支給決定等」と総称する。）が行われた後に、第29条第２項に規定する指定障害福祉サービス事業者等、第51条の14第１項に規定する指定一般相談支援事業者その他の者（次項において「関係者」という。）との連絡調整その他の便宜を供与するとともに、当該支給決定等に係る障害福祉サービス又は地域相談支援の種類及び内容、これを担当する者その他の厚生労働省令で定める事項を記載した計画（以下「サービス等利用計画」という。）を作成することをいう。

【障害者総合支援法第２２条】
６　市町村は、前二項のサービス等利用計画案の提出があった場合には、第一項の厚生労働省令で定める事項及び**当該サービス等利用計画案を勘案して支給要否決定を行うものとする。**

支給決定において当事者の意向を反映させる現行制度上の仕組みについて

③【支給要否決定時（障害者総合支援法第22条第１項）】

市町村は、支給決定に当たってはサービス利用に関する意向等の法令で定める事項を勘案することとしている。

【障害者総合支援法第22条】
１　市町村は、第二十条第一項の申請に係る**障害者等の障害支援区分、当該障害者等の介護を行う者の状況、当該障害者等の置かれている環境、当該申請に係る障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を勘案して介護給付費等の支給の要否の決定（以下この条及び第二十七条において「支給要否決定」という。）を行うものとする。**

【障害者総合支援法施行規則第12条】
７　**当該申請に係る障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向の具体的内容**

④【審査請求（障害者総合支援法第97条）】

申請者は、支給決定の内容に不服があるときは、都道府県に審査請求を行うことができる。

【障害者総合支援法第９７条】
１　市町村の介護給付費等又は地域相談支援給付費に係わる処分に不服がある障害者又は障害児の保護者は、**都道府県知事に対して審査請求をすることができる。**
２　前項の審査請求は、事項の中断に関しては、裁判上の請求とみなす。

指定相談支援事業所と相談支援専門員

○　指定相談支援事業所ごとに管理者及び相談支援専門員等を配置。

○　指定相談支援事業所に配置された相談支援専門員等が、
- 利用者の意向を踏まえたサービス等利用計画の作成
- 地域移行・地域定着に向けた支援
- 市町村の委託による障害者（児）の各種の相談支援を実施。

（参考）平成２６年４月１日現在
- 相談支援専門員数　　１１，８００人

【相談支援専門員の要件】

実務経験

障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野における直接支援・相談支援などの業務における実務経験（3～10年）

＋

研修の修了

初年度に「相談支援従事者初任者研修」を修了（31．5時間）

＋

5年ごとに「相談支援従事者現任研修」を修了（18時間）

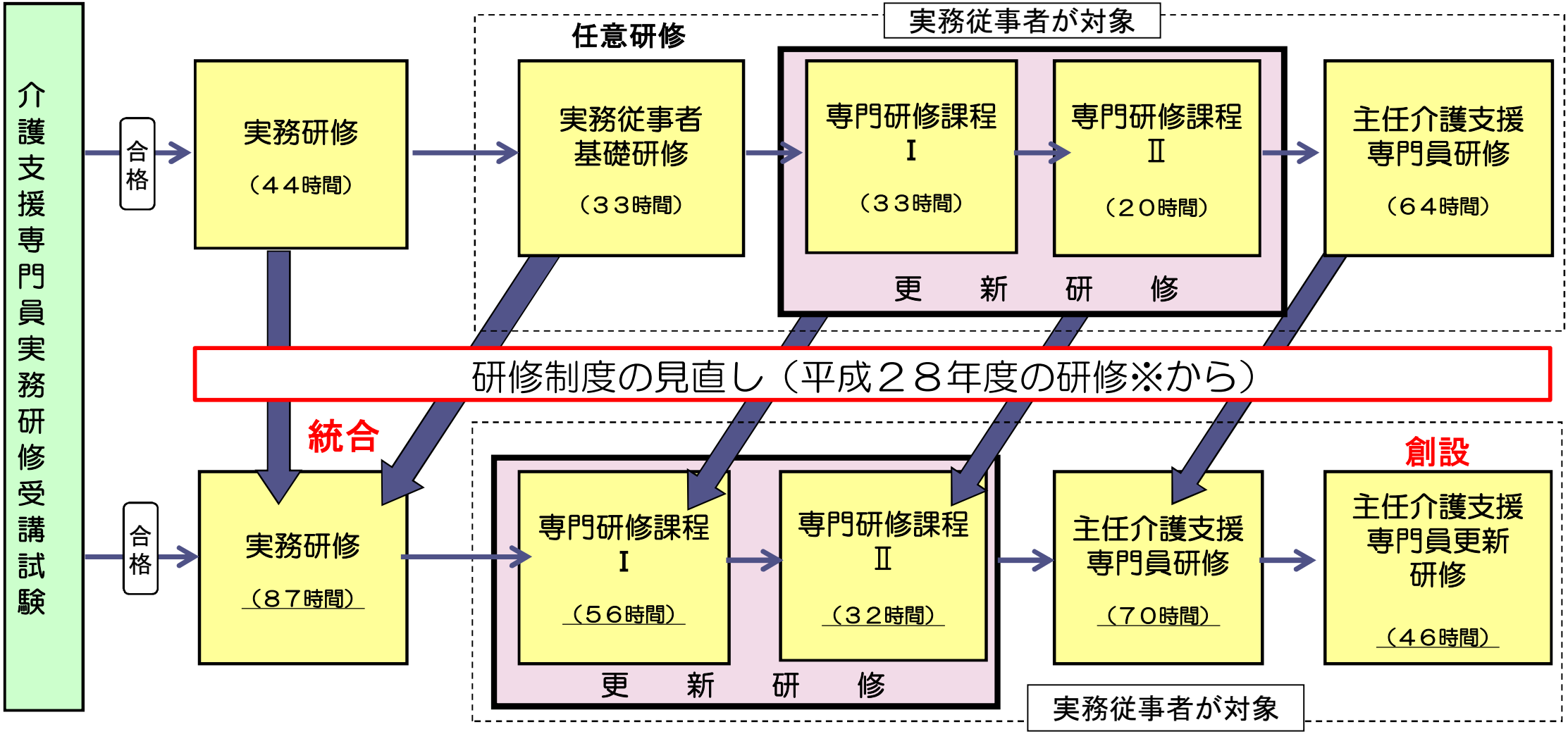
⇒

相談支援専門員として配置

介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度の見直し

※平成26年6月2日告示公布（主任更新については平成27年2月12日公布）

○　地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成するため、介護支援専門員に係る研修制度を見直す。
○　入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
○　主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時の研修として更新研修を創設。
○　専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。



※　実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年４月１日から施行。

障害支援区分の審査判定実績（平成26年４月～９月）

○　障害支援区分施行後6か月の審査判定実績では、障害程度区分との比較において、知的障害や精神障害を中心に、2次判定での引き上げ割合が低下している。

１．全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	14	19	0	0	1	0	0	34	0.1%	20	58.8%	0	0.0%
区分１	3	1,825	436	35	2	0	0	2,301	3.1%	473	20.6%	3	0.1%
区分２	0	48	13,714	2,460	168	2	0	16,392	22.0%	2,630	16.0%	48	0.3%
区分３	0	3	122	13,193	1,687	57	3	15,065	20.2%	1,747	11.6%	125	0.8%
区分４	0	0	13	173	11,945	1,540	49	13,720	18.4%	1,589	11.6%	186	1.4%
区分５	0	0	0	15	139	9,725	1,380	11,259	15.1%	1,380	12.3%	154	1.4%
区分６	1	1	2	8	31	184	15,476	15,703	21.1%	0	0.0%	227	1.4%
合計件数	18	1,896	14,287	15,884	13,973	11,508	16,908	74,474	－	7,839	10.5%	743	1.0%
割合	0.0%	2.5%	19.2%	21.3%	18.8%	15.5%	22.7%	－	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

		非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
H25.10～H26.6	件数	155	9,034	27,194	27,605	20,435	19,199	25,750	129,372	－	44,638	34.5%	448	0.3%
	割合	0.1%	7.0%	21.0%	21.3%	15.8%	14.9%	19.9%	100.0%	－				
H24.10～H25.9	件数	215	15,905	48,899	50,781	36,986	32,476	48,357	233,619	－	81,460	34.9%	773	0.3%
	割合	0.1%	6.8%	20.9%	21.8%	15.8%	13.9%	20.7%	100.0%	－				
H23.10～H24.9	件数	269	15,479	45,767	48,220	35,531	31,587	49,870	226,723	－	77,079	34.0%	888	0.4%
	割合	0.1%	6.8%	20.2%	21.3%	15.7%	13.9%	22.0%	100.0%	－				

2．身体障害

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	9	9	0	0	0	0	0	18	0.1%	9	50.0%	0	0.0%
区分１	1	640	146	11	0	0	0	798	2.9%	157	19.7%	1	0.1%
区分２	0	21	3,218	384	28	0	0	3,651	13.3%	412	11.3%	21	0.6%
区分３	0	2	70	5,063	473	20	2	5,630	20.5%	495	8.8%	72	1.3%
区分４	0	0	9	61	3,361	294	9	3,734	13.6%	303	8.1%	70	1.9%
区分５	0	0	0	8	53	3,797	356	4,214	15.4%	356	8.4%	61	1.4%
区分６	1	1	1	3	10	83	9,275	9,374	34.2%	0	0.0%	99	1.1%
合計件数	11	673	3,444	5,530	3,925	4,194	9,642	27,419	－	1,732	6.3%	324	1.2%
割合	0.0%	2.4%	12.6%	20.2%	14.3%	15.3%	35.2%	－	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

		非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
H25.10～H26.6	件数	65	2,242	7,467	8,446	6,166	7,505	14,954	46,845	－	8,673	18.5%	263	0.6%
	割合	0.1%	4.8%	16.0%	18.0%	13.2%	16.0%	31.9%	100.0%	－				
H24.10～H25.9	件数	87	4,453	14,501	16,116	11,630	14,103	33,517	94,407	－	17,721	18.8%	429	0.5%
	割合	0.1%	4.7%	15.4%	17.1%	12.3%	14.9%	35.5%	100.0%	－				
H23.10～H24.9	件数	127	4,648	14,480	15,951	11,346	14,007	36,241	96,800	－	17,305	17.9%	533	0.6%
	割合	0.1%	4.8%	15.0%	16.5%	11.7%	14.5%	37.4%	100.0%	－				

3．知的障害

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	0	3	0	0	1	0	0	4	0.0%	4	100.0%	0	0.0%
区分１	1	514	99	10	1	0	0	625	1.6%	110	17.6%	1	0.2%
区分２	0	8	3,912	756	49	0	0	4,725	12.1%	805	17.0%	8	0.2%
区分３	0	0	40	5,231	880	27	0	6,178	15.9%	907	14.7%	40	0.6%
区分４	0	0	3	94	7,990	1,266	43	9,396	24.1%	1,309	13.9%	97	1.0%
区分５	0	0	0	6	96	6,854	1,173	8,129	20.9%	1,173	14.4%	102	1.3%
区分６	0	0	0	2	18	121	9,743	9,884	25.4%	0	0.0%	141	1.4%
合計件数	1	525	4,054	6,099	9,035	8,268	10,959	38,941	－	4,308	11.1%	389	1.0%
割合	0.0%	1.4%	10.4%	15.7%	23.2%	21.2%	28.1%	－	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

		非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
H25.10～H26.6	件数	25	2,942	9,809	14,201	14,472	13,991	16,964	72,404	－	29,978	41.4%	185	0.3%
	割合	0.0%	4.1%	13.6%	19.6%	20.0%	19.3%	23.4%	100.0%	－				
H24.10～H25.9	件数	47	5,155	18,187	26,508	26,075	23,171	29,962	129,105	－	54,270	42.0%	355	0.3%
	割合	0.0%	4.0%	14.1%	20.5%	20.2%	18.0%	23.2%	100.0%	－				
H23.10～H24.9	件数	60	4,980	17,200	25,397	25,197	22,579	31,479	126,892	－	51,706	40.7%	393	0.3%
	割合	0.0%	3.9%	13.6%	20.0%	19.9%	17.8%	24.8%	100.0%	－				

4．精神障害

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	4	8	0	0	0	0	0	12	0.1%	8	66.7%	0	0.0%
区分１	1	733	215	18	1	0	0	968	5.4%	234	24.2%	1	0.1%
区分２	0	22	7,427	1,501	110	2	0	9,062	50.5%	1,613	17.8%	22	0.2%
区分３	0	1	19	3,945	528	22	1	4,516	25.2%	551	12.2%	20	0.4%
区分４	0	0	1	33	2,006	179	4	2,223	12.4%	183	8.2%	34	1.5%
区分５	0	0	0	1	15	550	45	611	3.4%	45	7.4%	16	2.6%
区分６	0	0	1	4	4	13	513	535	3.0%	0	0.0%	22	4.1%
合計件数	5	764	7,663	5,502	2,664	766	563	17,927	－	2,634	14.7%	115	0.6%
割合	0.0%	4.3%	42.7%	30.7%	14.9%	4.3%	3.1%	－	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

		非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
H25.10～H26.6	件数	71	4,264	11,682	7,820	2,477	948	671	27,933	－	11,456	41.0%	56	0.2%
	割合	0.2%	15.3%	41.8%	28.0%	8.9%	3.4%	2.4%	100.0%	－				
H24.10～H25.9	件数	84	6,938	19,479	13,456	4,284	1,472	1,067	46,780	－	20,461	43.7%	91	0.2%
	割合	0.2%	14.8%	41.6%	28.8%	9.2%	3.1%	2.3%	100.0%	－				
H23.10～H24.9	件数	92	6,562	17,105	11,959	3,782	1,384	930	41,814	－	18,604	44.5%	81	0.2%
	割合	0.2%	15.7%	40.9%	28.6%	9.1%	3.3%	2.2%	100.0%	－				

5．難病

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	1	1	0	0	0	0	0	2	0.3%	1	50.0%	0	0.0%
区分１	0	34	5	1	0	0	0	40	6.0%	6	15.0%	0	0.0%
区分２	0	0	109	16	1	0	0	126	18.9%	17	13.5%	0	0.0%
区分３	0	0	0	159	17	0	0	176	26.4%	17	9.7%	0	0.0%
区分４	0	0	0	5	87	5	1	98	14.7%	6	6.1%	5	5.1%
区分５	0	0	0	0	0	74	6	80	12.0%	6	7.5%	0	0.0%
区分６	0	0	0	0	0	1	144	145	21.7%	0	0.0%	1	0.7%
合計件数	1	35	114	181	105	80	151	667	－	53	7.9%	6	0.9%
割合	0.2%	5.3%	17.1%	27.1%	15.7%	12.0%	22.6%	－	100.0%				

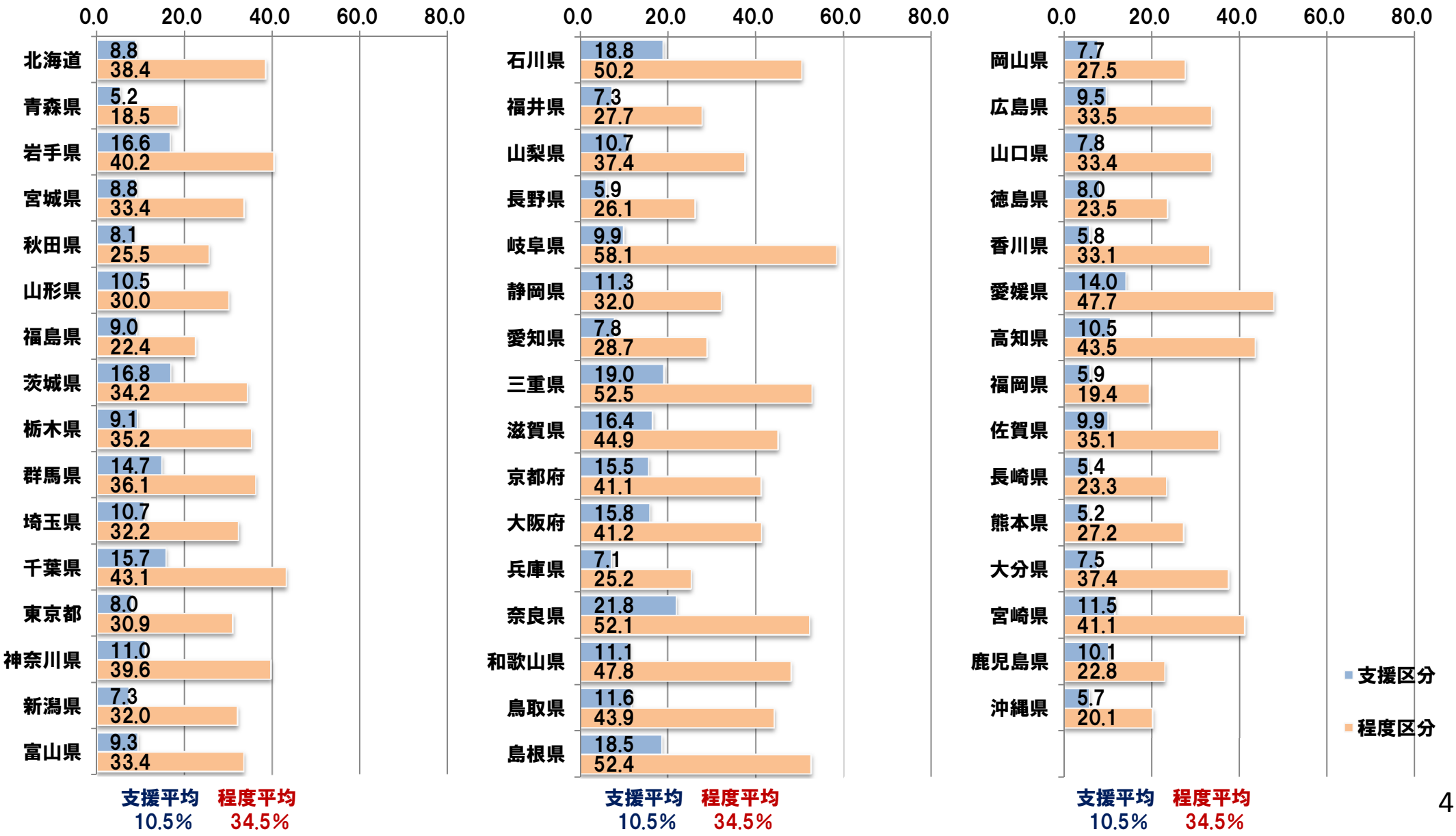
（参考）二次判定結果の実績

		非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
H25.10～H26.6	件数	2	38	90	91	41	34	55	351	－	70	19.9%	1	0.3%
	割合	0.6%	10.8%	25.6%	25.9%	11.7%	9.7%	15.7%	100.0%	－				
H25.4～H25.9	件数	4	87	213	142	72	41	63	622	－	155	24.9%	4	0.6%
	割合	0.6%	14.0%	34.3%	22.8%	11.6%	6.6%	10.1%	100.0%	－				

都道府県別 上位区分変更率（二次判定での引き上げ率）

○　障害支援区分施行後6か月の審査判定実績では、障害程度区分との比較において、都道府県間における引き上げ割合の地域差も改善されている。

全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）



財政制度等審議会における指摘

○　2次判定における引き上げ割合は全国的には改善しているものの、本年4月末に開催された財政制度等審議会においては、一部の自治体では全国平均と大きく乖離しているなどいまだ地域差があり、また、障害支援区分の審査判定実績が従来と比べて上位区分へシフトしているのではないかとの指摘がされている。

①　執行の適正化

平成27年4月27日財政審資料

○　制度創設以降９年が経過し、これまで主にサービス量の拡充が図られてきたが、今後はサービスの質の向上も重要。例えば、都道府県等による事業所等に対する実地指導について、実施率が低いことから、全事業所等に対する実地指導を徹底するべきではないか。

（注）厚生労働省は、施設は２年に１度、その他のサービス事業所は３年に１度、実地指導を行うよう自治体に対し通知している。

○　新たな判定式が導入された障害支援区分の判定結果を見ると、従来と比べ、全体としてより上位の（重度の）区分にシフトしており、総費用額の増大につながっていると考えられる。また、２次判定における上位区分への変更においても依然として大きな地域差が生じている。このため、新たな判定式の検証を行うとともに、不合理な地域差の改善を図るべきではないか。

（注）2014（H26）年度より、障害程度区分から障害支援区分に変更が行われるとともに、新たな判定式を導入し、従来の２次判定結果により近い結果が１次判定において出る仕組みとした。

＜実地指導実施率＞

年度	施設	施設以外	うち訪問系	うち日中活動系	うち就労・訓練系
2012年度	49.7%	19.4%	15.4%	27.7%	28.9%
2013年度	40.6%	20.3%	17.1%	27.2%	28.6%
2ヶ年間の実施率の低い都道府県	福岡県　6.7% 三重県　13.2% 山梨県　17.2%	秋田県　0.0% 東京都　6.9% 三重県　9.7%	秋田県　0.0% 山梨県　2.8% 三重県　5.4%	秋田県　0.0% 三重県　9.5% 東京都　13.1%	秋田県　0.0% 東京都　13.3% 奈良県　16.1%
2ヶ年間の実施率の低い政令市・中核市	札幌市、新潟市、青森市、奈良市　0.0%	奈良市　2.9% 富山市　4.7% 新潟市　5.0%	仙台市、富山市　0.0% 奈良市　2.7%	新潟市　0.0% 青森市　2.6% 奈良市　4.2%	奈良市　3.1% 富山市　7.3% 新潟市　7.9%

（出所）厚生労働省「障害者支援施設等の指導監査の概況」等から作成
（注）実地指導実施率とは実地指導先の数／指定事業所等の数。ただし、指定事業所等の数には、障害者を受け入れていない事業所も含まれる可能性があることに留意。なお、兵庫県は他県に比べ監査件数が多いため、２ヶ年間の実施率の低い都道府県からは除いている。

＜障害支援区分の審査判定実績（2014年4～9月）＞

期間	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	2次判定で上位に変更した割合
2012.10～2013.9	0.1%	6.8%	20.9%	21.8%	15.8%	13.9%	20.7%	34.9%
2013.10～2014.3	0.1%	7.0%	21.0%	21.3%	15.8%	14.9%	19.9%	34.5%
2014.4～9	0.0%	2.5%	19.2%	21.3%	18.8%	15.5%	22.7%	10.5%

全体として重い区分にシフト

（出所）厚生労働省資料
（注）2013.10～2014.3については、2014.3までに申請が行われ、2014.4以降に判定が行われたものを含む。

＜2次判定における上位区分への変更割合（2014年4～9月）＞

	全国平均	最小値	最大値	上位変更割合が高い主な市町村
身体障害	6.3%	2.3%（大分県）	14.3%（滋賀県） 6倍	大阪市（15.7%） 金沢市（14.6%） 東近江市（43.9%）
知的障害	11.1%	4.2%（長崎県）	21.1%（石川県） 5倍	大阪市（24.1%） 金沢市（39.1%） 東近江市（51.5%）
精神障害	14.7%	4.9%（青森県）	39.0%（奈良県） 8倍	大阪市（29.6%） 柏市（48.2%） 寝屋川市（83.3%）
合　計	10.5%	5.2%（青森県）	21.8%（奈良県） 4倍	大阪市（23.1%） 金沢市（35.8%） 鹿嶋市（59.6%）

（出所）厚生労働省資料から作成
（注）%は上位変更人数／認定人数の割合。主な市町村は、認定人数により市町村を規模別に分類した上で、最も上位変更割合が高い市町村を、認定人数の規模順に上から記載。

70

参考資料

障害支援区分の認定状況の実態に関する調査（進捗状況）
平成27年度厚生労働省障害者支援状況等調査研究事業

1 概 要
制度運用における課題を把握するため、障害支援区分の構成割合が全国平均と比較して乖離のある自治体や2次判定（市町村審査会）における引き上げ割合の高い自治体等に対して、個別に認定状況等を調査し、その要因を分析・検証する。

2 調査対象
・ 政令市・中核市・その他の市区町村から100自治体を抽出し、各自治体で20ケースの障害支援区分認定事例を調査対象とする。
・ 対象市区町村は、平成26年4～9月の障害支援区分認定実績に基づき①1次判定の構成割合（平均支援区分）が高い自治体、②1次判定の構成割合（平均支援区分）が低い自治体、③2次判定での引き上げ割合が高い自治体、④2次判定での引き上げ割合が低い自治体それぞれ25自治体ずつ選定する。
・ 対象者については、平成26年4～9月に障害支援区分の認定を受けた者の中から、障害種別や2次判定での区分変更状況等を考慮し、調査事務局において抽出する。

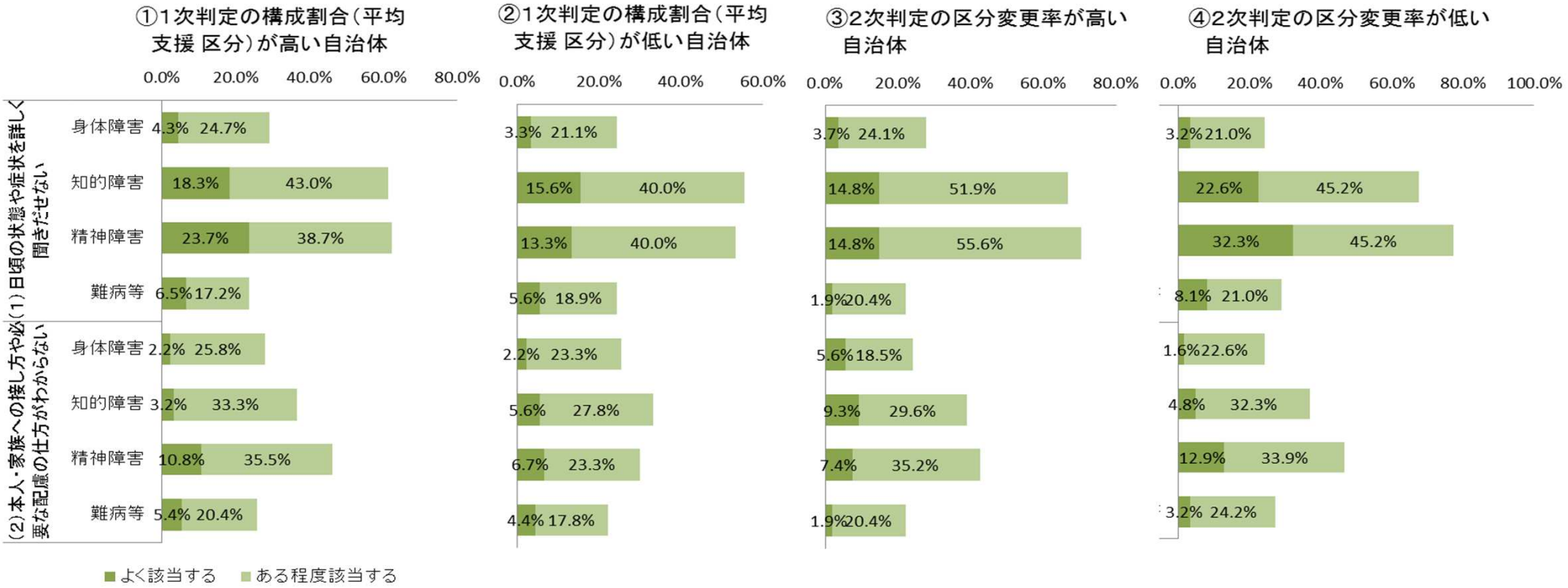
3 調査方法
①基礎データの収集・分析
対象の100自治体の20ケースについて、各ケースごとの市町村審査会資料・認定調査票・医師意見書の写しを収集する。

②アンケート調査の実施
対象の100自治体において、認定調査員、審査会委員、自治体担当者（認定事務担当）に対する3種類のアンケートを実施する。配布数は、各自治体につき、認定調査員調査票10部、審査会委員調査票10部、自治体調査票1部とし、認定調査員、審査会委員が10名以上所属する場合には、全員を調査対象とする。

4　調査内容

2次判定での引き上げ割合に地域差があることや、障害程度区分と比べて上位区分の割合が増加しているのではないかとの指摘について、その要因を分析し、課題を把握する。

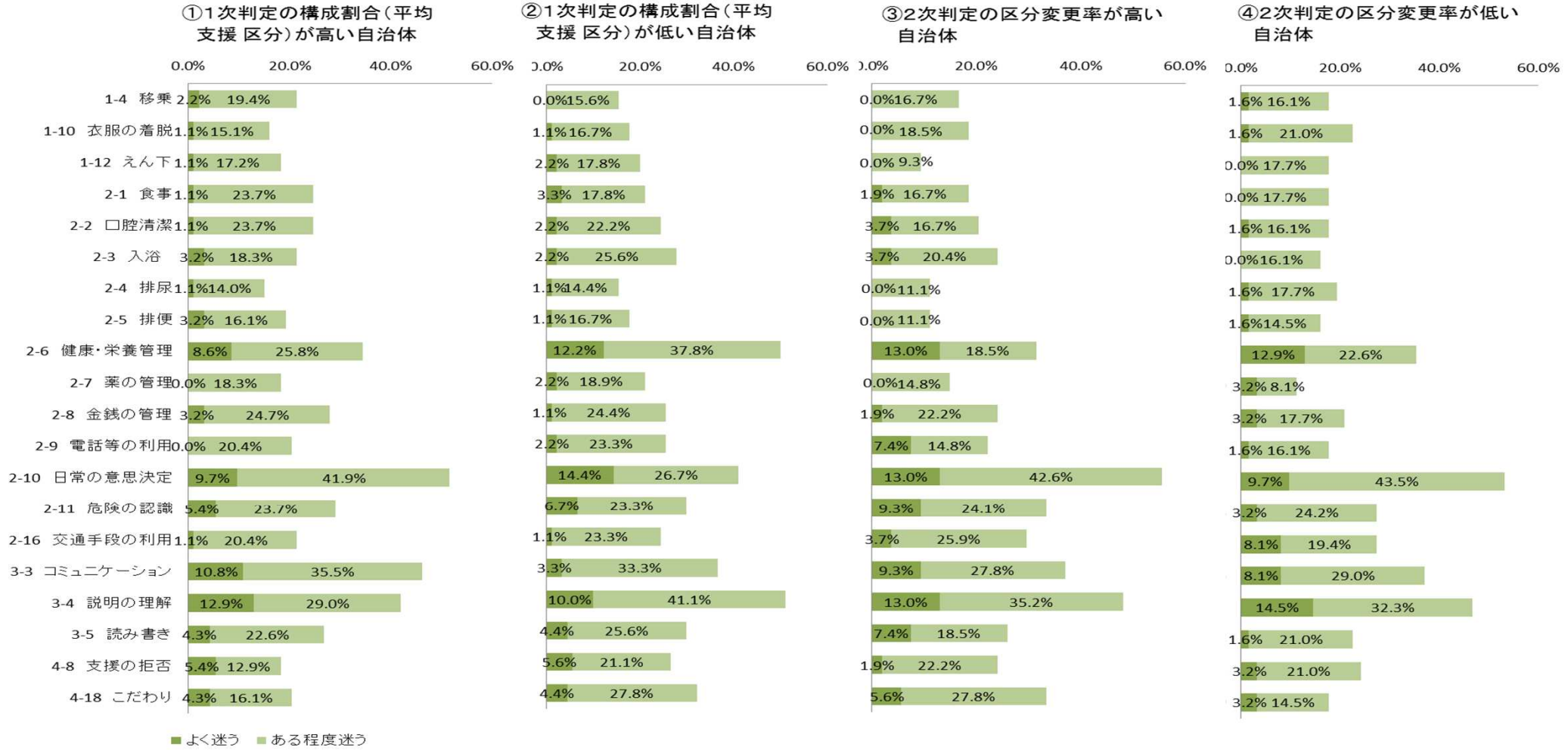
【例1】 1次判定における認定調査を行う際に、適切な判断を行う上で難しいと考える度合



※認定調査員に対するアンケートの速報集計結果。集計対象の調査票は299人分（対象100自治体のうち51市区町村分）

・　認定調査員が認定調査を実施する際に、対象者の障害種別によって、適切な判断を行う事が難しいと考える度合に違いがあるか尋ねたところ、「知的障害」、「精神障害」の場合に、「日頃の状態や症状を詳しく聞き出せない」と感じている割合が高かった。また、「本人・家族への接し方や必要な配慮の仕方がわからない」と感じている割合についても、「知的障害」「精神障害」の場合にやや高くなっていた。

【例2】１次判定における認定調査項目で、選択肢の判断を迷う度合

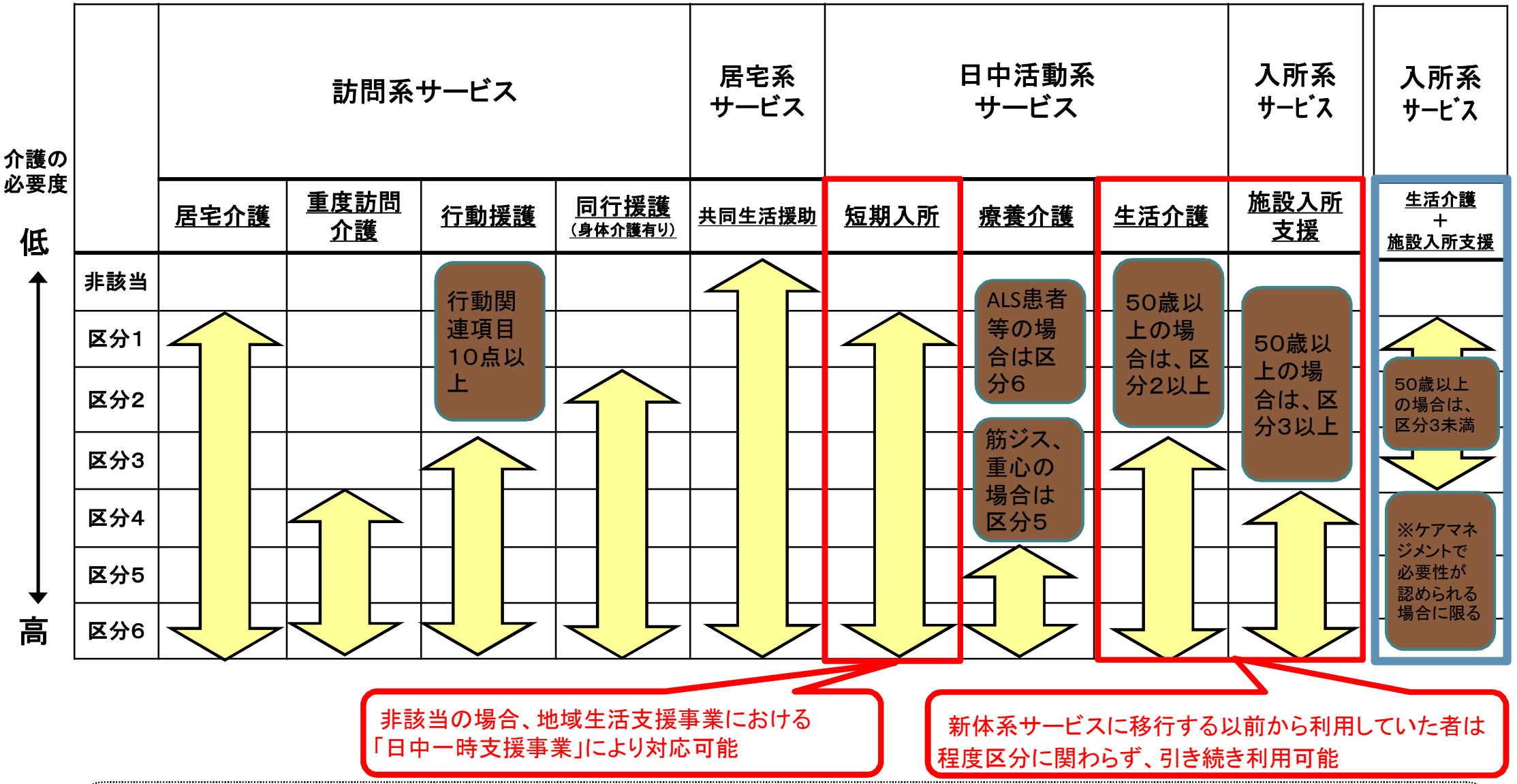


※認定調査員に対するアンケートの速報集計結果。集計対象の調査票は299人分（対象100自治体のうち51市区町村分）

- 認定調査項目のうち、判断に「よく迷う」「ある程度迷う」の割合が高くなっていた項目は、いずれの自治体においても共通して「2-6　健康・栄養管理」、「2-10　日常の意思決定」、「3-3　コミュニケーション」、「3-4　説明の理解」であった。
- 具体的に判断を迷う点や判断を迷った際の選択傾向、また、判断に迷う度合と認定調査員の経験年数や研修受講の有無等との関係については、引き続き分析していくこととしている。

※　これらの他、2次判定での引き上げ割合に地域差があることや障害程度区分と比べて上位区分の割合が増加していることに関して、どのような要因が考えられるか個別事例に基づく集計・分析を行っているところ。

各サービスの対象者について（平成26年4月より）



※ 同行援護（身体介護無し）については、支援区分を利用要件としていないが、別途アセスメント票により利用対象者の要件を定めている。
※ グループホームの「受託居宅介護サービス」を利用する場合、区分2以上の利用要件あり。
※ 「訓練等給付」のサービス（自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援（A型・B型））は、支援区分の利用要件なし。
※ 平成24年3月31日に障害児施設等に入所していた者が、障害福祉サービスを利用する場合は障害支援区分の判定は省略
※ 平成26年4月より、重度訪問介護の対象者に、知的障害者又は精神障害者であって行動関連項目が10点以上の者を追加

共同生活援助サービス費、短期入所サービス費、生活介護サービス費、施設入所支援サービス費については、障害支援区分毎に応じて報酬単価が設定されている。

国庫負担基準について

国庫負担基準設定の考え方

障害者総合支援法では国の費用負担を「義務化」することで財源の裏付けを強化する一方で、「義務化」といっても無条件ですべて負担することは困難であり、障害福祉に関する国と地方自治体間の役割分担を前提に、限りある国費を公平に配分し、市町村間のサービスのばらつきをなくすために、市町村に対する国庫負担（精算基準）の上限を定めたもの。

これは個人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、介護の必要度が高い者が多い市町村にはその人数に応じて国庫負担を行える仕組みであるとともに、同じ市町村の中でサービスの利用が少ない方から多い方に回すことが可能という柔軟な仕組みにしている。

また、訪問系サービス全体の利用者数に占める重度訪問介護及び重度障害者等包括支援利用者数の割合が5%以上の市町村については、市町村全体の国庫負担基準総額の5%嵩上げを行うことにより、重度障害者に対し、適切、かつ、きめ細やかな支援を行うこととする。

なお、重度障害者の割合が一定以上であること等により、訪問系サービスの支給額が国庫負担基準を超過している市町村については、地域生活支援事業により助成を行うとともに、国庫負担基準をなお超過する小規模市町村（指定都市・中核市・特別区を除く）には、障害者総合支援事業費補助金による重度訪問介護等の利用促進に係る市町村支援事業により、財政支援を行っている。

平成２７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	2,790単位
区分2	3,610単位
区分3	5,310単位
区分4	9,980単位
区分5	15,980単位
区分6	22,990単位
障害児	8,970単位

※　別途通院等介助ありを設ける

重度訪問介護利用者

区分3※	20,700単位
区分4	25,920単位
区分5	32,500単位
区分6	46,330単位

※区分3は経過規定

介護保険対象者	14,140単位

同行援護利用者

区分に関わらず	12,080単位

行動援護利用者

区分3	14,280単位
区分4	19,240単位
区分5	25,580単位
区分6	33,240単位
障害児	18,160単位

介護保険対象者	8,540単位

重度障害者等包括支援利用者

区分6	84,070単位

介護保険対象者	33,730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	66,730単位

介護保険対象者	33,370単位

※　訪問系サービス全体の利用者数に占める重度訪問介護及び重度障害者等包括支援利用者数の割合が5%以上の市町村については、市町村全体の国庫負担基準総額の5%嵩上げを行う。

（注）　各区分の国庫負担基準額（一人当たり月額）は、表の「単位数」に級地区分ごとに設定する「１単位当たり単価」及び「各市町村の給付率」を乗じた額となる。
平成26年度は、消費税率引き上げに伴う障害福祉サービスの基本報酬見直しと併せて、国庫負担基準についても改定を行った。

（５）障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

意思決定支援ガイドライン（案）の概要

平成26年度障害者総合福祉推進事業
「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究事業」

意思決定支援の定義

意思決定支援とは、知的障害や精神障害（発達障害を含む）等で意思決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活等に関して自分自身がしたい（と思う）意思が反映された生活を送ることが可能となるように、障害者を支援する者（以下「支援者」と言う。）が行う支援の行為及び仕組みをいう。

意思決定を構成する要素

1　障害者の態様（好み、望み、意向、障害の特性等）
2　意思決定の内容（領域）
（1）生活の領域（食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴、余暇、社会参加等）
（2）人生の領域（住む場所、働く場の選択、結婚、障害福祉サービスの利用等）
（3）生命の領域（健康上の事項、医療措置等）
3　人的・社会的・物理的環境等（関係者が、本人の意思を尊重しようとする態度で接しているか、慣れ親しんだ場所か等）

意思決定支援の基本的原則（イギリスの2005年意思能力法の5大原則を参考）

1　能力を欠くと確定されない限り、人は、能力を有すると推定されなければならない。
2　本人の意思決定を助けるあらゆる実行可能な方法は功を奏さなかったのでなければ、意思決定ができないとは見なされてはならない。
3　人は、単に賢明でない判断をするという理由のみによって意思決定ができないと見なされてはならない。
4　意思決定能力がないと評価された本人に代わって行為をなし、意思決定するにあたっては、本人のベストインタレスト（最善の利益）に適するように行わなければならない。
5　そうした行為や意思決定をなすにあたっては、本人の権利や行動の自由を制限する程度がより少なくてすむような選択肢が他にないか、よく考えなければならない。

意思決定支援における合理的配慮

1　本人の年齢、障害の態様、特性、意向、心情、信念、好みや価値観、過去から現在の生活様式等に配慮する。
2　意思決定支援を行うにあたっては、内容についてよく説明し、結果を含めて情報を伝え、あらゆる可能性を考慮する。
3　本人の日常生活、人生及び生命に関する領域等意思決定支援の内容に配慮する。
4　本人が自ら参加し主体的に関与できる環境をできる限り整える。
5　家族、友人、支援者、法的後見人等の見解に加え、第三者の客観的な判断が可能となる仕組みを構築する。

意思決定支援における留意点

1　意思決定と情報
・決定を行うに当たって必要な情報を、本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう提供すること。
・本人が自己の意思決定を表出、表現できるよう支援すること。
・本人が表明した意思をサービス提供者等に伝えること。
・本人の意思だと思われるものを代弁すること。
2　情報提供の留意点
・本人への情報提供については、支援者の態度・方法・技術によって大きく異なることを理解すること。
・できるだけ解りやすい方法、手段にて情報を伝える（手話、伝達装置、絵文字、コミュニケーションカード、スケジュール等含む）
・情報提供に関しては、ステップを踏んで確認しながら行う。
・予測される副次的出来事（リスクも含む）について伝える
・決定の結果についての責任を伝える。
3　意思決定支援における最善の利益の判断
・事案について、複数の決定によるメリットとデメリットを可能な限り挙げて相互に比較検討して結論を導くこと。
・事案の決定について、どちらか一つということでなく二つを融合して一つ高い段階において決定を図っていくこと。
・本人にとって、自由の制限がより少ない方法を選択すること。

意思決定支援ガイドライン（案）の概要（各論）

1　障害福祉サービス事業所等における意思決定支援の考え方

（1）意思決定支援と代弁者

重度の知的障害者等は、支援者が本人にとって最善の利益を考え判断することしかできない場合もある。その場合は、事実を根拠として本人の意思を丁寧に理解し、代弁する支援者が求められる。これらの者がいない場合には、基幹相談支援センターの相談員等が、本人を担当する相談支援専門員とは別に第三者の代弁者となることができる。

（2）日常の支援場面における意思決定支援

障害福祉サービス等の職員は、利用者に対する直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。本人の意思の確認に基づく支援を行った結果がどうだったかについて記録しておくことが、今後の根拠をもった意思決定支援に役立てることができるため、記録の仕方や内容について、意思決定支援の観点から検討することが有用である。

（3）大きな選択に係る意思決定支援

「人生の大きな選択」などの場面における意思決定支援は、本人の意思確認を最大限の努力で行うことに加え、本人に関わる関係者が集まり、現在及び過去の本人の日常生活の場面における表情や感情、行動などの支援機関における記録等の情報やこれまでの生活歴、人間関係等様々な情報を交換し判断の根拠を明確にしながら、より自由の制限の少ない生活への移行を原則として、本人の最善の利益の観点から意思決定支援を進める必要がある。

これらの場面において、本人の支援に関係する者や代弁者等の参加により意思決定支援会議を開き、意思決定支援の内容や結果と判断の根拠を記録しておくことが必要である。

2　意思決定支援の仕組み

（1）意思決定支援の責任者の配置・・・意思決定支援計画作成に中心的に関わり、意思決定支援のための会議を企画・運営し、事業所内の意思決定支援の仕組みを作る等の役割を担う。サービス管理責任者との兼務も考えられる。

（2）意思決定支援計画の作成・・・・・・・障害者の意向、・好み、障害の態様や特性、意思決定の内容及び人物・物理的環境、意思決定支援の原則等に十分配慮して行うことが必要。計画は、PDCAサイクルを繰り返すことによって、それぞれの意思決定の内容を改善していくことになる。

3　意思決定支援のプロセス

（1）アセスメント・・・・・本人の状態、決定する内容、その人的・物理的環境等を適切に把握。利用者の決定能力、自己理解、心理的状況、意向や好み、望み、これまでの生活史、将来の方向性を含め多角的かつ客観的に把握すること。

（2）意思決定支援計画の作成・・・・アセスメントの結果、個別支援計画やサービス等利用計画等の情報から課題及びニーズを整理した上で、個別の意思決定支援計画を作成すること。

（3）意思決定支援の実施・・・・・プログラム等により具体的に意思決定支援を実施。特に支援開始時・終了後の職員間での意思の疎通・情報の共有を十分図ることが大切。また、実践をフィードバックして知見を集積し、整理することにより意思決定支援の標準化を図ることも重要。支援の経過・状況・結果等については記録として残すこと。

（4）実施状況の把握（モニタリング）・・・・・意思決定支援の実施状況の把握（モニタリング）を適宜行い、必要に応じて意思決定支援計画の変更（修正）を行う。

（5）意思決定支援実施の評価とフォロー・・・・・意思決定支援後における評価とフォローについては、意思決定後の本人の状態、状況の変化について把握するとともに、本人の生活や人生がどのように変わり、本人の満足度を含めた評価を行うことが重要である。

4　意思決定支援会議の開催

意思決定支援責任者は、個々の利用者のための意思決定計画の作成、事業所内における意思決定支援の仕組みの構築、自立支援協議会等外部機関等の連携の情報の共有のために、意思決定支援会議の企画及び運営を効率的に行う役割がある。その際、本人及び保護者が意思決定支援会議に参加できるよう説明を行うとともに必要な支援を行う。

5　職員の知識・技術の向上

（1）意思決定支援責任者及び職員等の知識・技術の向上

意思決定支援責任者及び職員の知識・技術の向上は、意思決定支援の向上に直結するものであり、意思決定支援責任者及び職員の理念的理解、基本的態度の醸成並びに知識・技術の向上への取り組みを促進させることが重要である。

（2）研修受講機会等の提供

意思決定支援責任者及び職員の資質向上を図るため、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6　利用者と保護者等に対する説明責任等

・利用者と保護者に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。
・事業所においては、利用者及び保護者等からの苦情について、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じる必要がある。
・関係機関等に利用者又はその家族等に関する情報を提供する際は、同意を得ておかなければならない。

7　意思決定支援における連携

（1）相談支援事業との連携・・・・・サービス担当者会議に参画する意思決定支援責任者は、サービス等利用計画（案）や個別支援計画に連動した意思決定支援計画を念頭に置いて、利用者の最善の利益の観点から意見を述べることが重要。
（2）学校との連携・・・・・児童の生活、発達支援の連続性を確保するために、学校との連携を積極的に図る必要がある。児童の意思決定に関して学校との間で情報を共有しておく必要がある。
（3）医療機関等との連携・・・・・医療的なケアに関する意思決定支援の必要が生じることを考慮して、主治医等との連携体制を整えておく必要があることから、普段から障害特性の理解や障害特性に応じた意思決定支援方法に関して共通理解を図っておくこと。
（4）自立支援協議会との連携・・・・・地域における意思決定支援の仕組みを構築していくために（地域自立支援）協議会権利擁護部会等へ積極的に参加する。
（5）成年後見人等との連携・・・・・後見人、保佐人、補助人等は、意思決定支援に関するチームの一員としてその役割を果たしていくことが重要。
（6）当事者団体等との連携・・・・・本人の意思決定をエンパワメントする観点から、当事者団体のメンバーからの支援を積極的に活用することも重要。

8　意思決定支援における危機管理

意思決定支援に際して生ずるリスクに対して、危機管理（リスクマネジメント）の観点から対応していくことが必要である。

※　「意思決定支援ガイドライン（案）」の全文が記載された報告書は、厚生労働省ホームページの「平成26年度障害者総合福祉推進事業　実施事業一覧」「指定課題番号4　意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」（公益社団法人日本発達障害連盟）に掲載。
（URL）http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049574.html

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

（平成25年6月13日成立、同6月19日公布）

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

（１）精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

（２）保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

（３）医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、
・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
・退院促進のための体制整備
を義務付ける。

（４）精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年４月１日（ただし、１．（４）①については平成28年４月１日）

3. 検討規定

政府は、施行後３年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

平成26年度障害者総合福祉推進事業「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」で実施した成年後見制度の利用促進に向けた説明会試行事業について

説明会試行の目的

・「親なき後」等を見据え、親族を対象として成年後見制度の基本的な説明を行うとともに、親族が抱いている制度の利用に伴う懸念や不安を解消できるような情報を提供する説明会を試行し、説明会の開催が成年後見制度の親族後見の利用への動機付けとなり得るかについての検証。

説明会試行事業の内容

・親族を対象にした成年後見制度の基本的な説明や成年後見制度利用に伴う懸念や不安に対する情報提供（手をつなぐ育成会、精神障害者家族会7団体140名）
・親族後見の利用への動機付けに向けたエンディングノートの活用等の取組

説明会試行事業の後の感想

・身近な話でとても役に立ちました。（エンディングノートと遺言書はもう書きました）
・まだ先と考えていたが、自分も高齢に入りいつも気になる様になった。今のところから親がアクションを起こしていかないと、進まないと言われるのが本当だと思う。もらったプリントをもう一度家族で読み、自分のことと平行して子の将来のために、検討していくことに努力したい。
・成年後見制度は利用すべきと思います。（必要性を感じます）親のエンディングノートの作成が必要と思う。当人の生活の安定を思いつつ、経済的な面の対応等を考慮して、不安案件があれば法的にカバーして行く件を明記し、当人の幸福感（安全安心）を保持してゆける様にしてやる事が重要と思う。今後、実行・実施し、成年後見制度を自分の事として成文化してみたいと思いました。

（平成26年度障害者総合福祉推進事業報告書から）

エンディングノートの作成例について

引継書『将来のためのあんしんノート』とは

親が元気なうちに、我が子を段階的に託していくための引継書です。

支援を必要とする我が子のために日々親がしていることは多岐にわたります。
その親がある日突然に不慮の事態になってしまった時、
あるいは、高齢になり介助ができなくなってしまった時、
我が子はどうなるのでしょう。

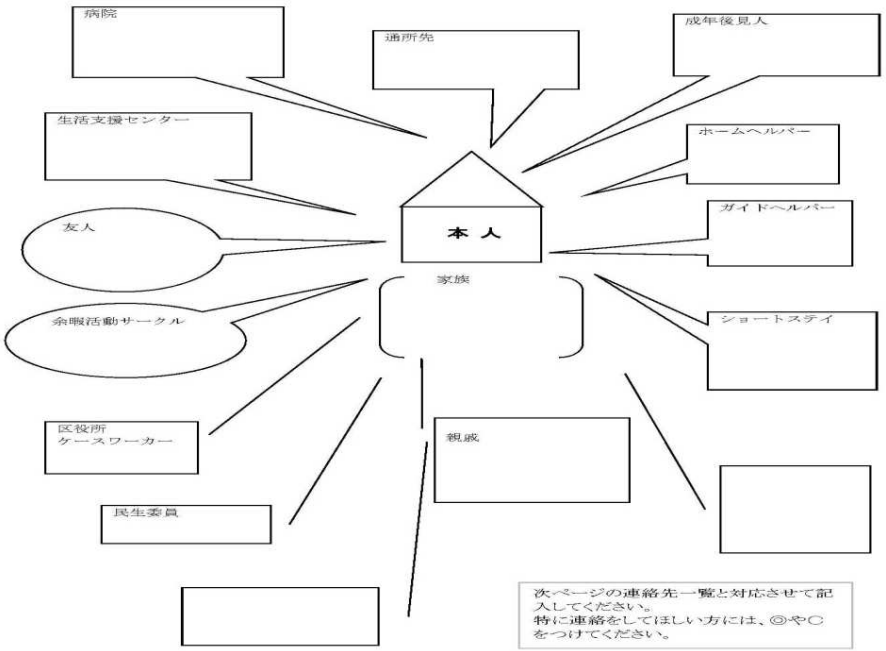
「我が子がよりよい人生を送れるように」
後を託す人に伝えたいことは何ですか？

親の思いや考え方を文字にすることは、客観的な整理となり、
将来、成年後見人等の選任申立をする時の重要な資料となります。

将来への不安は尽きないかもしれませんが、
ほんのちょっとでも「あんしん」に繋げる一助になることを願っています。

のエコマップ

ご本人を取り巻く関連図を書き込んでください。



あんしんノート　　本人情報

本人情報
障害特性・習慣・行動パターンなど
性格
好きなこと・好きなもの
苦手なこと・嫌いなもの
コミュニケーションのとり方
パニック等を起こしやすい状況
パニック等を起こした時の対処方法
その他、接し方の注意点など（変更する時の配慮の仕方など）
体調、暑い・寒いなどの伝え方

（横浜市鶴見区の親の会（三人会）作成）

説明前後の成年後見制度に対する意識（全体傾向）

（n=140）		非常に当てはまる	どちらかといえば当てはまる	どちらともいえない	どちらかといえば当てはまらない	全く当てはまらない	無回答
制度のあらましについて情報が不足	説明前	15%	35%	31%	14%	3%	2%
	説明後	15%	26%	27%	25%	4%	4%
制度を利用するための申立手続が面倒	説明前	29%	33%	29%	2%	4%	4%
	説明後	16%	31%	30%	14%	2%	6%
誰を後見人にしたらよいか分からない、第三者後見・法人後見の依頼先がない	説明前	23%	31%	26%	6%	6%	6%
	説明後	17%	27%	33%	12%	5%	6%
制度を利用すると財産管理が自由にならないため面倒	説明前	32%	25%	26%	9%	4%	4%
	説明後	12%	33%	31%	12%	7%	5%
親族後見をする場合、事務処理が面倒	説明前	31%	29%	26%	7%	3%	5%
	説明後	16%	34%	25%	16%	4%	5%
第三者・法人後見の場合、本人の意思・希望にそって身上監護をしてもらえるか心配	説明前	41%	36%	13%	5%	1%	5%
	説明後	16%	36%	30%	9%	1%	7%
第三者・法人後見の場合、本人の意思・希望にそって財産管理をしてもらえるか心配	説明前	41%	35%	14%	4%	3%	4%
	説明後	13%	36%	30%	11%	2%	8%
第三者・法人後見の場合、医療同意権がないのが心配	説明前	39%	26%	24%	1%	1%	9%
	説明後	24%	34%	23%	10%	1%	8%
第三者・法人後見の場合、本人の障害特性に配慮した対応をしてもらえるか心配	説明前	42%	34%	15%	4%	2%	3%
	説明後	22%	39%	24%	9%	1%	6%
第三者・法人後見の場合、報酬を支払わなければならないのが負担	説明前	31%	31%	23%	6%	6%	4%
	説明後	25%	34%	19%	12%	3%	7%
親族以外の共同後見人や後見監督人がついた場合、報酬を支払わなければならないのが負担	説明前	30%	31%	23%	8%	4%	4%
	説明後	24%	31%	26%	11%	2%	6%
今のところ親族がいるので、制度の利用は必要ない	説明前	21%	20%	36%	11%	10%	1%
	説明後	6%	26%	32%	13%	18%	5%
将来、制度の利用が必要になったら、親族が後見人になればよい	説明前	17%	19%	38%	10%	15%	1%
	説明後	12%	18%	39%	14%	13%	4%
財産が少ない場合、制度の利用は必要ない	説明前	11%	10%	39%	14%	22%	4%
	説明後	5%	10%	34%	21%	24%	6%
制度の利用について、前向きに考えてみたい	説明前	25%	29%	37%	2%	3%	4%
	説明後	34%	31%	26%	3%	4%	4%

（平成26年障害者総合福祉推進事業報告書から）

（６）手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方について

自立支援給付と地域生活支援事業の比較

○　自立支援給付は、個別支援計画に基づき、全国一律の基準により、利用者本人に対してサービスを提供
○　地域生活支援事業は、地域の実情や利用者の状況に応じて、自治体が柔軟な形態で事業を実施し、利用者も柔軟な利用が可能

自立支援給付

《介護給付》

- 居宅介護
- 重度訪問介護
- 行動援護
- 療養介護　　等

《訓練等給付》

- 自立訓練（機能・生活訓練）
- 就労移行支援
- 就労継続支援　　等

主な特徴

○国による一律の基準
・国により一定の標準的なサービス水準を設定
○障害支援区分
・介護を提供するサービスは市町村がサービスの種類や量を決定する判断材料
・介護を提供するサービスは障害支援区分が一定以上のものを対象
○利用者負担
・利用者負担は原則として応能負担
※所得に応じたきめ細かな軽減措置あり
○国の義務的経費と位置づけ

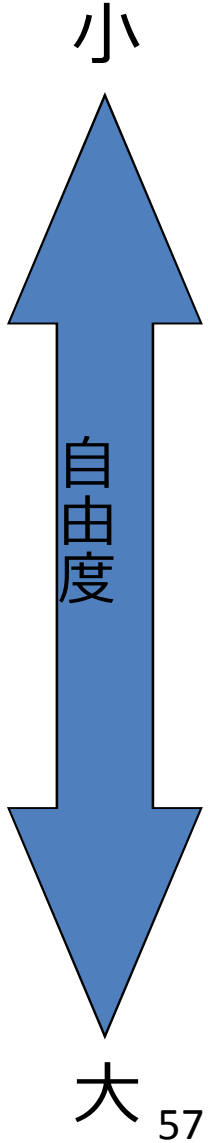
地域生活支援事業

- 相談支援
- 意思疎通支援
- 日常生活用具
- 移動支援　　等

- 身体障害者福祉センター
- 地域活動支援センター
- 福祉ホーム

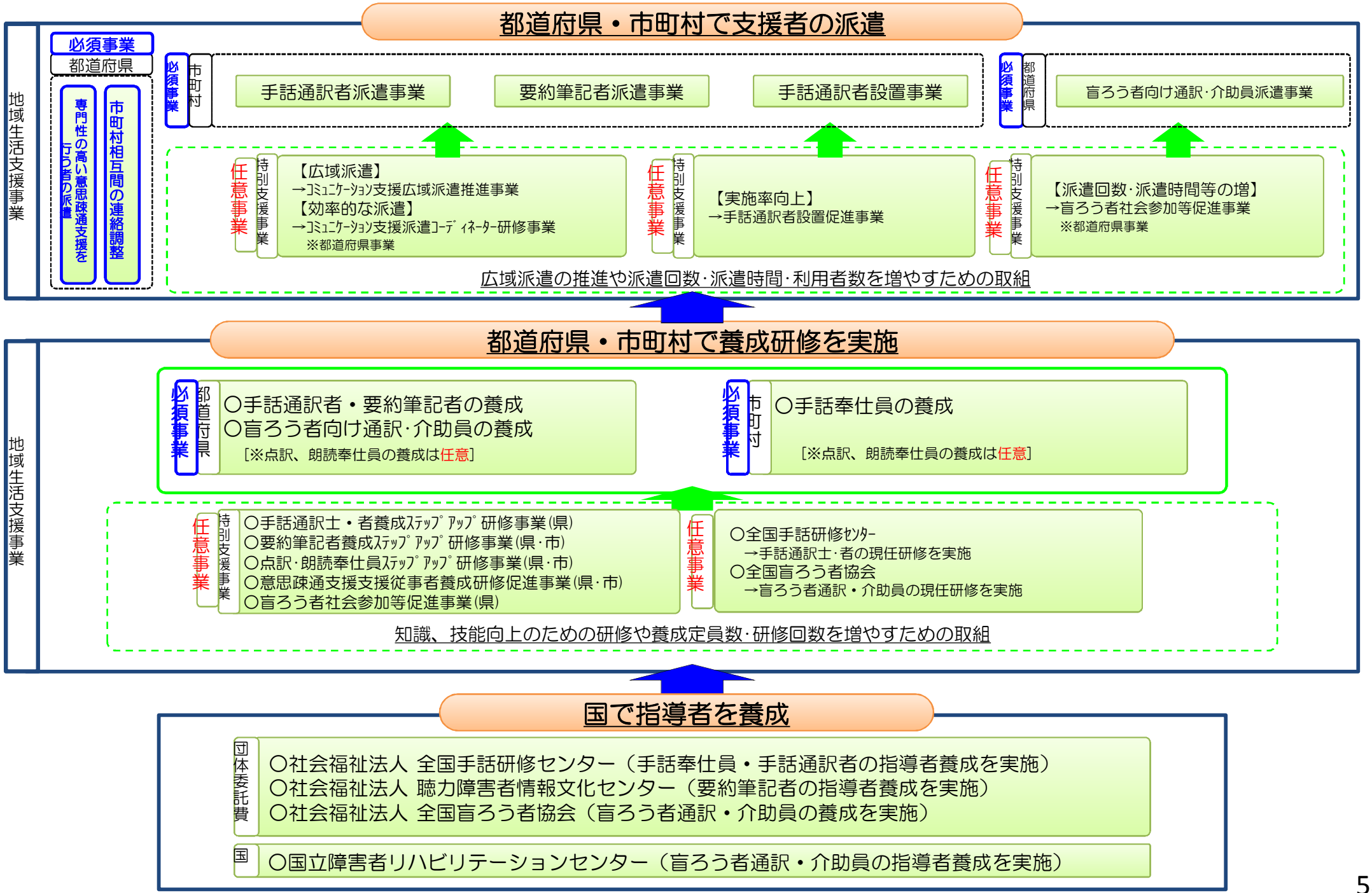
主な特徴

○自治体による個別の基準
・自治体により、個別の障害者の状況、地域の実情に応じてサービス水準を設定
○障害支援区分
・障害支援区分は判断材料としない
○利用者負担
・利用者負担を求めるか否かを含めて金額は自治体の裁量
○国の裁量的経費と位置づけ



（参考）

意思疎通支援事業の支援者養成と派遣の概要



※地域生活支援事業の特別支援事業とは、実施率の向上や実施水準に格差がみられる事業の充実を図る事業であり、自治体の申請に応じて事業費の1/2を補助する事業

意思疎通支援が必要な者の状況等～失語症者
（参考）失語症会話パートナー派遣事業（我孫子市）

事業実施の背景

■訓練によって症状を軽減することは可能だが、完治することは困難である。失語症状が生涯にわたって永続することにより、日常生活でのコミュニケーションや社会的な孤立が深刻な問題となっている。
■失語症者が残されたコミュニケーション機能を用いて地域で生活するためには、対話者側が失語症に関する知識と会話技術を身につける必要がある。

目　的

話す、聞く、書く、読むなどの意思伝達手段に障害のある失語症の人に対し、失語症に関する知識と会話技術を習得した失語症会話パートナーを派遣し、会話の機会の拡大と社会参加の促進を図ることを目的とする。

事業内容

（１）失語症会話パートナーの養成
　定員１５名とし、２名の言語聴覚士が講師を担当。講座は講習５回と実習５回で構成され、概ね交互に行うよう計画。受講費用はテキスト代を含めて無料。
（２）スキルアップ講座の開催
　会話技術の向上を図るため、養成した失語症会話パートナーを対象に、スキルアップ講座を開催。
（３）失語症会話パートナーの派遣
　個人派遣が原則だが、同じ場所に一同が集まり、仲間意識を持って会話を楽しむことのほうが失語症者のニーズに適しているとの判断から、市内２箇所の公共施設に活動場所を確保し、失語症会話パートナーを派遣。失語症者の費用負担は無料。

（活動実績）
養成講座修了者…２３人（H25実施分）　　パートナー派遣利用者…３７４人（H25.4～H26.3の延べ人数）

【参考：講習と実習の主な内容】

第1回講習	コミュニケーションとは　失語症の基礎知識　会話パートナーの役割　コミュニケーションの基本姿勢
第1回実習	コミュニケーションの基本姿勢
第2回講習	失語症と一緒に起こりやすい症状　失語症と間違えやすい他の障害　話しことばの工夫
第2回実習	コミュニケーションの基本姿勢　話しことばの工夫
第3回実習	コミュニケーションの基本姿勢　話しことばの工夫　コミュニケーションの話題を考える
第3回講習	いろいろな手段や道具の活用　確認の方法
第4回実習	いろいろな手段や道具の活用　確認の方法
第4回講習	良い例，悪い例について　移動の介助方法
第5回実習	自由会話の実践
第5回講習	友の会活動の紹介　リハビリテーションとは　社会福祉サービスの基礎知識　これまでのまとめ

意思疎通支援の支援者の養成について①

○ 意思疎通支援の支援者については、国が示す養成カリキュラム等に基づき自治体等において養成されている。

	名　　称	資　格　要　件
手話	手話通訳士 3,377人 H27.7.22時点	○手話通訳を行う者の知識及び技能の審査・証明事業の認定に関する省令（平成21年3月31日厚生労働省令第96号）に基づき実施された手話通訳技能認定試験に合格し、登録を受けた者 ※公職選挙法に規定される政見放送において、手話通訳を担当することができる。 ○上記認定試験に合格し都道府県等に登録された者であって、手話通訳業務に従事する者
	手話通訳者 8,093人 H26.3.31時点	○身体障害者福祉の概要や手話通訳の役割・責務等について理解と認識を深めるとともに、手話通訳に必要な手話語彙、手話表現技術及び基本技術を習得している者 ○都道府県、指定都市、中核市が実施する手話通訳者養成研修を修了し登録試験に合格した者であって、意思疎通支援事業において手話通訳者として派遣され、手話通訳業務に従事する者
	手話奉仕員 18,700人 H26.3.31時点	○聴覚障害者の生活及び関連する福祉度等について理解と認識を深めるとともに、手話で日常会話を行うのに必要な手話語彙及び手話表現技術を習得している者 ○市町村及び都道府県が実施する手話奉仕員養成研修を修了し登録された者であって、意思疎通支援事業において派遣され、手話による意思疎通支援に従事する者
要約筆記	要約筆記者 3,513人 H26.3.31時点	○聴覚障害、とりわけ中途失聴・難聴者の生活及び関連する福祉制度や権利擁護、対人援助等についての理解と認識を深めるとともに、難聴者等の多様なニーズに対応できる要約筆記を行うのに必要な知識及び技術を習得している者 ○都道府県、指定都市、中核市が実施する要約筆記者養成研修を修了し登録試験に合格した者であって、意思疎通支援事業において要約筆記者として派遣され、要約筆記業務に従事する者
盲ろう	盲ろう者向け通訳・介助員 5,656人 H26.3.31時点	○盲ろう者の生活及び支援のあり方についての理解と認識を深めるとともに、盲ろう者との日常的なコミュニケーションや盲ろう者への通訳及び移動介助を行うに際し、必要な知識及び技術を習得している者 ○都道府県、指定都市、中核市が実施する盲ろう者向け通訳・介助員養成研修を修了した者であって、意思疎通支援事業において通訳・介助員として派遣されコミュニケーションや移動等の支援に従事する者

意思疎通支援の支援者の養成について②

○ 手話通訳士、要約筆記者等の意志疎通支援の支援者については、求められる水準に対応して、国、自治体等が役割分担して養成を行っている。

<table>
<tr><th>養成主体</th><th colspan="2">聴覚障害者</th><th>視覚障害者</th><th>盲ろう者</th><th>失語症</th></tr>
<tr><td rowspan="2">国リハ、大学、専門学校等
厚生労働省令に基づく認定資格
地域生活支援事業【任意事業】</td><td colspan="2">手話通訳士の養成
平成21年3月31日厚労令96「手話通訳を行う者の知識及び技能の審査・証明事業の認定に関する省令」に基づき<u>試験を実施し認定</u>
※ 認定試験は、聴力障害者情報文化センターにて実施</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">地域生活支援事業【必須事業】（都道府県）
厚生労働省としてカリキュラムを定め通知している者
地域生活支援事業【必須事業】（市町村）</td><td>手話通訳者の養成
基本課程35時間
応用課程35時間
実践課程20時間
<u>計90時間</u>
※ 手話語彙（1500語）を習得</td><td>要約筆記者の養成
必修74時間
選択10時間
<u>計84時間</u></td><td>－</td><td>盲ろう者向け通訳・介助員の養成
必修42時間
選択42時間
<u>計84時間</u></td><td rowspan="2">失語症向け意思疎通支援者の養成
先駆的に取り組んでいる自治体あり（我孫子、四日市、名古屋、市川、横浜、武蔵野、那須、港区など）
※ 平成26年度「障害者支援状況等調査研究事業」において支援者養成のためのカリキュラムを作成</td></tr>
<tr><td>手話奉仕員の養成
入門課程35時間
基礎課程45時間
<u>計80時間</u>
※ 手話語彙（600語）を習得</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr>
<tr><td>地域生活支援事業【任意事業】（市町村）
実施要綱において養成可能とされている者</td><td>－</td><td>－</td><td>点訳・代読・代筆・音訳奉仕員の養成
※ 養成は、各自治体において独自に実施</td><td>－</td><td></td></tr>
</table>

第３次障害者基本計画の概要

○　意思疎通支援に関する他施策との関係については、障害者基本法に基づき、障害者基本計画（第3次）において「情報アクセシビリティ」の分野が盛り込まれており、政府全体で取組を進めることとしている。

Ⅰ 障害者基本計画（第３次）について

位置付け：障害者基本法に基づき策定される，政府が講ずる障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の最も基本的な計画
計画期間：平成25(2013)年度から29(2017)年度までの概ね５年間

Ⅱ 基本的な考え方

１．基本理念

全ての国民が，障害の有無にかかわらず，等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるという理念にのっとり，**全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく，相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現**（基本法１条）

２．基本原則

① **地域社会における共生等（3条）**
② **差別の禁止（4条）**
③ **国際的協調（5条）**

３．各分野に共通する横断的視点

① **障害者の自己決定の尊重及び意思決定の支援**
② **当事者本位の総合的な支援**
③ **障害特性等に配慮した支援**
④ **アクセシビリティの向上**
⑤ **総合的かつ計画的な取組の推進**

Ⅲ 分野別施策の基本的方向

1．生活支援
障害児・者のニーズに応じた福祉サービスの充実　等

2．保健・医療
精神障害者の地域移行の推進，難病に関する施策の推進　等

3．教育，文化芸術活動・スポーツ等
新たな就学決定の仕組みの構築，文化芸術活動等の振興　等

4．雇用・就業，経済的自立の支援
障害者雇用の促進及び就労支援の充実，福祉的就労の底上げ　等

5．生活環境
住宅の確保，ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ化の推進，障害者に配慮したまちづくり　等

6．情報アクセシビリティ
放送・通信等のｱｸｾｼﾋﾞﾘﾃｨの向上，意思疎通支援の充実　等

7．安全・安心
防災，東日本大震災からの復興，防犯，消費者保護　等

8．差別の解消及び権利擁護の推進
障害を理由とする差別の解消の推進，障害者虐待の防止　等

9．行政サービス等における配慮
選挙等及び司法手続等における配慮　等

10．国際協力
権利条約の早期締結に向けた取組，国際的な情報発信　等

※ 緑色の項目（7,8,9）は第３次計画における新規分野

Ⅳ 推進体制

1．連携・協力の確保
2．広報・啓発活動の推進
3．進捗状況の管理及び評価（成果目標）
　障害者政策委員会による計画の実施状況の評価・監視
4．法制的整備
5．調査研究及び情報提供

（参考）　第3次障害者基本計画における分野別施策の基本的方向

1　生活支援
- 相談支援体制の構築
- 在宅サービス等の充実
- 障害児支援の充実
- サービスの質の向上等
- 人材の育成・確保
- 福祉用具の研究開発及び身体障害者補助犬の育成等
- 障害福祉サービス等の段階的な検討

2　保健・医療
- 保健・医療の充実等
- 精神保健・医療の提供等
- 研究開発の推進
- 人材の育成・確保
- 難病に関する施策の推進
- 障害の原因となる疾病等の予防・治療

3　教育，文化芸術活動・スポーツ等
- インクルーシブ教育システムの構築
- 教育環境の整備
- 高等教育における支援の推進
- 文化芸術活動、スポーツ等の振興

4　雇用・就業、経済的自立の支援
- 障害者雇用の促進
- 総合的な就労支援
- 障害特性に応じた就労支援及び多様な就業の機会の確保
- 福祉的就労の底上げ
- 経済的自立の支援

5　生活環境
- 住宅の確保
- 公共交通機関のバリアフリー化の推進等
- 公共的施設等のバリアフリー化の推進
- 障害者に配慮したまちづくりの総合的な推進

6　情報アクセシビリティ
- 情報通信における情報アクセシビリティの向上
- 情報提供の充実等
- 意思疎通支援の充実
- 行政情報のバリアフリー化

7　安全・安心
- 防災対策の推進
- 東日本大震災からの復興
- 防犯対策の推進
- 消費者トラブルの防止及び被害からの救済

8　差別の解消及び権利擁護の推進
- 障害を理由とする差別の解消の推進
- 権利擁護の推進

9　行政サービス等における配慮
- 行政機関等における配慮及び障害者理解の促進等
- 選挙等における配慮等
- 司法手続等における配慮等
- 国家資格に関する配慮等

10　国際協力
- 国際的な取組への参加
- 政府開発援助を通じた国際協力の推進等
- 国際的な情報発信等
- 障害者等の国際交流の推進

※7，8，9は第3次計画における新規分野

障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律の概要

○　合理的配慮については、内閣府において障害者差別解消法に基づき、差別の解消の推進に関する基本方針等のとりまとめを行っている。

障害者基本法 第４条 基本原則 差別の禁止	第１項：障害を理由とする差別等の権利侵害行為の禁止 何人も、障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない。	第2項：社会的障壁の除去を怠ることによる権利侵害の防止 社会的障壁の除去は、それを必要としている障害者が現に存し、かつ、その実施に伴う負担が過重でないときは、それを怠ることによつて前項の規定に違反することとならないよう、その実施について必要かつ合理的な配慮がされなければならない。	第3項：国による啓発・知識の普及を図るための取組 国は、第一項の規定に違反する行為の防止に関する啓発及び知識の普及を図るため、当該行為の防止を図るために必要となる情報の収集、整理及び提供を行うものとする。

具体化

Ⅰ．差別を解消するための措置

差別的取扱いの禁止

国・地方公共団体等
民間事業者　→　法的義務

合理的配慮の不提供の禁止

国・地方公共団体等　→　法的義務
民間事業者　→　努力義務

具体的な対応

（１）政府全体の方針として、差別の解消の推進に関する基本方針を策定（閣議決定）

（２）
- 国・地方公共団体等　⇒　当該機関における取組に関する要領を策定※
- 事業者　⇒　事業分野別の指針（ガイドライン）を策定

※ 地方の策定は努力義務

実効性の確保　● 主務大臣による民間事業者に対する報告徴収、助言・指導、勧告

Ⅱ．差別を解消するための支援措置

紛争解決・相談	● 相談・紛争解決の体制整備　⇒　既存の相談、紛争解決の制度の活用・充実
地域における連携	● 障害者差別解消支援地域協議会における関係機関等の連携
啓発活動	● 普及・啓発活動の実施
情報収集等	● 国内外における差別及び差別の解消に向けた取組に関わる情報の収集、整理及び提供

施行日：平成28年4月1日（施行後3年を目途に必要な見直し検討）

（参考）　障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針（抜粋）
（平成27年2月24日　閣議決定）

３　合理的配慮
（1）合理的配慮の基本的な考え方

ア　権利条約第２条において、「合理的配慮」は、「障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」と定義されている。

法は、権利条約における合理的配慮の定義を踏まえ、行政機関等及び事業者に対し、その事務・事業を行うに当たり、個々の場面において、障害者から現に社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合において、その実施に伴う負担が過重でないときは、障害者の権利利益を侵害することとならないよう、社会的障壁の除去の実施について、必要かつ合理的な配慮（以下「合理的配慮」という。）を行うことを求めている。合理的配慮は、障害者が受ける制限は、障害のみに起因するものではなく、社会における様々な障壁と相対することによって生ずるものとのいわゆる「社会モデル」の考え方を踏まえたものであり、障害者の権利利益を侵害することとならないよう、障害者が個々の場面において必要としている社会的障壁を除去するための必要かつ合理的な取組であり、その実施に伴う負担が過重でないものである。

合理的配慮は、行政機関等及び事業者の事務・事業の目的・内容・機能に照らし、必要とされる範囲で本来の業務に付随するものに限られること、障害者でない者との比較において同等の機会の提供を受けるためのものであること、事務・事業の目的・内容・機能の本質的な変更には及ばないことに留意する必要がある。

イ　合理的配慮は、障害の特性や社会的障壁の除去が求められる具体的場面や状況に応じて異なり、多様かつ個別性の高いものであり、当該障害者が現に置かれている状況を踏まえ、社会的障壁の除去のための手段　及び方法について、「（２）過重な負担の基本的な考え方」に掲げた要素を考慮し、代替措置の選択も含め、双方　の建設的対話による相互理解を通じて、必要かつ合理的な範囲で、柔軟に対応がなされるものである。さらに、合理的配慮の内容は、技術の進展、社会情勢の変化等に応じて変わり得るものである。

現時点における一例としては、

・車椅子利用者のために段差に携帯スロープを渡す、高い所に陳列された商品を取って渡すなどの物理的環境への配慮
・筆談、読み上げ、手話などによるコミュニケーション、分かりやすい表現を使って説明をするなどの意思疎通の配慮
・障害の特性に応じた休憩時間の調整などのルール・慣行の柔軟な変更

などが挙げられる。合理的配慮の提供に当たっては、障害者の性別、年齢、状態等に配慮するものとする。内閣府及び関係行政機関は、今後、合理的配慮の具体例を蓄積し、広く国民に提供するものとする。

なお、合理的配慮を必要とする障害者が多数見込まれる場合、障害者との関係性が長期にわたる場合等には、その都度の合理的配慮の提供ではなく、後述する環境の整備を考慮に入れることにより、中・長期的なコストの削減・効率化につながる点は重要である。

ウ　意思の表明に当たっては、具体的場面において、社会的障壁の除去に関する配慮を必要としている状況にあることを言語（手話を含む。）のほか、点字、拡大文字、筆談、実物の提示や身振りサイン等による合図、触覚による意思伝達など、障害者が他人とコミュニケーションを図る際に必要な手段（通訳を介するものを含む。）により伝えられる。

また、障害者からの意思表明のみでなく、知的障害や精神障害（発達障害を含む。）等により本人の意思表明が困難な場合には、障害者の家族、介助者等、コミュニケーションを支援する者が本人を補佐して行う意思の表明も含む。

なお、意思の表明が困難な障害者が、家族、介助者等を伴っていない場合など、意思の表明がない場合であっても、当該障害者が社会的障壁の除去を必要としていることが明白である場合には、法の趣旨に鑑みれば、当該障害者に対して適切と思われる配慮を提案するために建設的対話を働きかけるなど、自主的な取組に努めることが望ましい。

エ　合理的配慮は、障害者等の利用を想定して事前に行われる建築物のバリアフリー化、介助者等の人的支援、情報アクセシビリティの向上等の環境の整備（「第５」において後述）を基礎として、個々の障害者に対して、その状況に応じて個別に実施される措置である。したがって、各場面における環境の整備の状況により、合理的配慮の内容は異なることとなる。また、障害の状態等が変化することもあるため、特に、障害者との関係性が長期にわたる場合等には、提供する合理的配慮について、適宜、見直しを行うことが重要である。

（2）過重な負担の基本的な考え方

過重な負担については、行政機関等及び事業者において、個別の事案ごとに、以下の要素等を考慮し、具体的場面や状況に応じて総合的・客観的に判断することが必要である。行政機関等及び事業者は、過重な負担に当たると判断した場合は、障害者にその理由を説明するものとし、理解を得るよう努めることが望ましい。

・事務・事業への影響の程度（事務・事業の目的・内容・機能を損なうか否か）
・実現可能性の程度（物理的・技術的制約、人的・体制上の制約）
・費用・負担の程度
・事務・事業規模
・財政・財務状況

（７）精神障害者に対する支援の在り方について

ピアサポーターについて

〇ピア（peer）とは、「仲間、同輩、対等者」と言う意味である。

〇ピアサポートとは、一般に同じ課題や環境を体験する人がその体験から来る感情を共有することで専門職による支援では得がたい安心感や自己肯定感を得られることを言い、身体障害者自立生活運動で始まり、知的障害や精神障害の分野でも定着し始めている。

〇北米では、2000年代に入り、精神疾患のある人々が精神保健システムのなかのチームの一員として働く「認定ピアスペシャリスト」と言う新たな職種が創設され、（精神疾患のある人々が）多くの精神保健提供機関の中で働くようになった。

〇ピアスペシャリストが提供するサービスの効果の有効性は、
（1）利用者への効果
（2）ピアスペシャリストへの効果
（3）サービスの質への効果
（4）他専門職者及び精神保健システム全体への効果
の4点に整理することが出来る。

平成22年度障害者総合福祉推進事業「ピアサポートの人材育成と雇用管理等の体制整備のあり方に関する調査とガイドラインの作成」

ピアサポーターの活動による効果

ピアサポートに関わったそれぞれの立場への効果が報告された。

ピアサポーターの活動による効果（自由記載のまとめ）

〇入院精神障害者に対する効果

・経験に基づいた当事者独自の視点に立った支援が可能であることや、実際に地域で生活しているピアサポーターの姿から退院後の生活を具体的にイメージすることができること、また、それによって退院意欲の向上や具体的な行動につながるなどの点が挙げられた。

〇地域移行後の精神障害者に対する効果

・当事者独自の視点からの助言や指導を行える点のほか、仲間としての安心感を得たり、地域生活のヒントを得たりすることが地域移行・定着につながることが挙げられた。

〇ピアサポーターに対する効果

・ピアサポート活動を通じて社会参加の機会を得たり、他者の役に立つことが自己肯定や自信を取り戻すことにつながるという効果のほか、（ピアサポーター自身の）健康を守るという観点からも、（他者に自己の経験を話すことで）自分を振り返り認めることができるなどの点が挙がった。

〇雇用者に対する効果

・ピアサポーターとの協働を通じて精神障害者への理解が深まったり、可能性や能力を発見する機会になる点や、精神障害者への支援にあたり、ピアサポーターを通じて当事者の率直な気持ちや受け止め方などの意見を聞いたり、入院患者との接点を拡大することにより、支援の質の向上につながる点などが挙がった。

平成26年度精神障害保健福祉等サービス体制整備促進事業に関する調査研究**「ピアサポートの活用状況に関する調査」**

平成27年度社会保障審議会　第71回障害者部会資料

平成26年度　精神障害者医療ケア付きショートステイ検証事業について

◆精神障害者医療ケア付きショートステイ検証事業

・　症状が不安定であるが入院までに至らない精神障害者が地域での生活を継続して行くには、家族等が疾病等の理由により投薬管理等を行うことが難しくなり、夜間の症状悪化あるいは対応の遅れによる入院を防ぐためにも、精神障害者がショートステイサービスを利用することは有効である。

・　現状において、他の障害者に比べて精神障害者の利用が少ない状況であるため、精神障害者のニーズや利用しやすいサービス形態に関する検証するためモデル事業を実施する。

モデル事業

＜全国3カ所程度で実施＞

・病院や診療所等の併設型

・精神科病床転換型

・福祉型ショートステイの加算型

等のいろいろな形態での実施の可能性について検証する

入院

症状悪化

利用

見守り

看護師等

ショートステイサービス

帰宅できるまでの間の一時利用

入院は不要だが夜間の症状悪化時には見守りが必要

【検討】　・精神障害者のニーズや現行の利用が少ない状況の検証
・どの形態での実施が精神障害者に合ったサービスとなるか
・障害福祉サービス等報酬改定時への反映　等

精神障害者医療ケア付きショートステイ検証事業の結果概要

＜結果＞

〇3事業所で実施し、利用者数は20名、利用延べ回数は45回、延べ利用日数は182日

〇利用者は50歳代が35%で最も多く、主たる精神障害は統合失調症が60%、次いで気分障害が15%で、利用者の25%に身体合併症有り

〇過去1年以内の精神科入院歴のある者は45%

〇障害支援区分については、区分2が40%と最も多く、次いで非該当が30%

〇利用目的（複数回答）については、「本人の夜間・休日の心理的負担の軽減」100%、「本人の安心・安全の確保」100%、「本人の状態像の悪化」82%、「介護者の休養」42%、「同居家族との人間関係の悪化」38%、「介護者が不在」31%、「介護者の疾病・事故・入院等」16%　等

〇医療ケアの提供有りは98%で、具体な医療ケアの内容（複数回答）は、「服薬管理指導」98%、「精神症状への対応」62%、「その他」36%、「症状不安定時における内服薬（頓服薬）への対応」33%、「身体合併症の処置」22%

〇看護職員がいなければ受入困難な事例は78%

＜検証事業参加事業所一覧＞

事業所	A ※1、3	B ※1、3	C ※2、3	合計
利用者数	9	7	4	20
利用延べ回数	29	11	5	45
延べ利用日数	119	45	18	182
平均利用日数	4	4	4	4
最小利用日数	1	2	2	1
最大利用日数	13	8	6	13

＜看護職員の必要性と医療ケア（複数回答）＞

	服薬管理指導	症状不安定時における内服薬（頓服薬）への対応	精神症状への対応	身体合併症への処置	その他
看護職員がいなければ受入困難な事例（n＝35）	35	15	26	10	11
	100%	43%	74%	29%	31%
看護職員がいなければ受入困難な事例ではない事例（n＝10）	9	0	2	0	5
	90%	0%	20%	0%	50%

※1　事業所A,B：オンコール対応型ショートステイ：外部の看護職員と連携をとり、必要に応じて支援を提供するもの。

※2　事業所C：看護職員配置型ショートステイ：看護職員を配置し、必要に応じて支援を提供するもの。

※3　区分判定結果に依らず、夜間・休日も入所が可能な体制を確保したうえで、看護師等を配置するなどし、精神科医療に係る助言や服薬管理指導、見守り等の支援を夜間、休日も提供できる機能を有する体制を確保している

短期入所及び共同生活援助における医療機関等との連携等との評価について

	医療連携体制加算（Ⅰ）	医療連携体制加算（Ⅱ）	医療連携体制加算（Ⅲ）	医療連携体制加算（Ⅳ）	医療連携体制加算（Ⅴ）
短期入所	**600単位** 医療機関等との連携により、看護職員を指定短期入所事業所に訪問させ、当該看護職員が利用者に対して看護を行った場合に、当該看護を受けた利用者にたいし、一日につき所定単位数を加算。	**300単位** 医療機関等との連携により、看護職員を指定短期入所事業所に訪問させ、当該看護職員が2以上の利用者に対して看護を行った場合に、当該看護を受けた利用者にたいし、1回の訪問につき8名を限度として、1日につき所定単位数を加算。	**500単位** 医療機関等との連携により、看護職員を指定短期入所事業所に訪問させ、当該看護職員が認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行った場合に、当該看護職員1人に対し、1日につき所定単位数を加算。	**100単位** 喀痰吸引が必要な者に対して、認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行った場合に、1日につき所定単位数を加算。	―
共同生活援助	**500単位** 医療機関等との連携により、看護職員を指定共同生活援助事業所又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業所に訪問させ、当該看護職員が利用者に対して看護を行った場合に、当該看護を受けた利用者にたいし、一日につき所定単位数を加算。	**250単位** 医療機関等との連携により、看護職員を指定共同生活援助事業所又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業所に訪問させ、当該看護職員が2以上の利用者に対して看護を行った場合に、当該看護を受けた利用者にたいし、1回の訪問につき8名を限度として、1日につき所定単位数を加算。	**500単位** 医療機関等との連携により、看護職員を指定共同生活援助事業所又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業所に訪問させ、当該看護職員が認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行った場合に、当該看護職員1人に対し、1日につき所定単位数を加算。	**100単位** 喀痰吸引が必要な者に対して、認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行った場合に、1日につき所定単位数を加算。	**39単位** 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定共同生活援助事業所又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業所において、指定共同生活援助又は外部サービス利用型指定共同生活援助を行った場合、1日につき所定単位数を加算。

※厚生労働大臣が定める施設基準（平成18年厚生労働省告示第551号）抜粋
・指定共同生活援助事業所の職員として、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーション等との連携により、看護師を1名以上確保していること。
・看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。
・重度化した場合に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

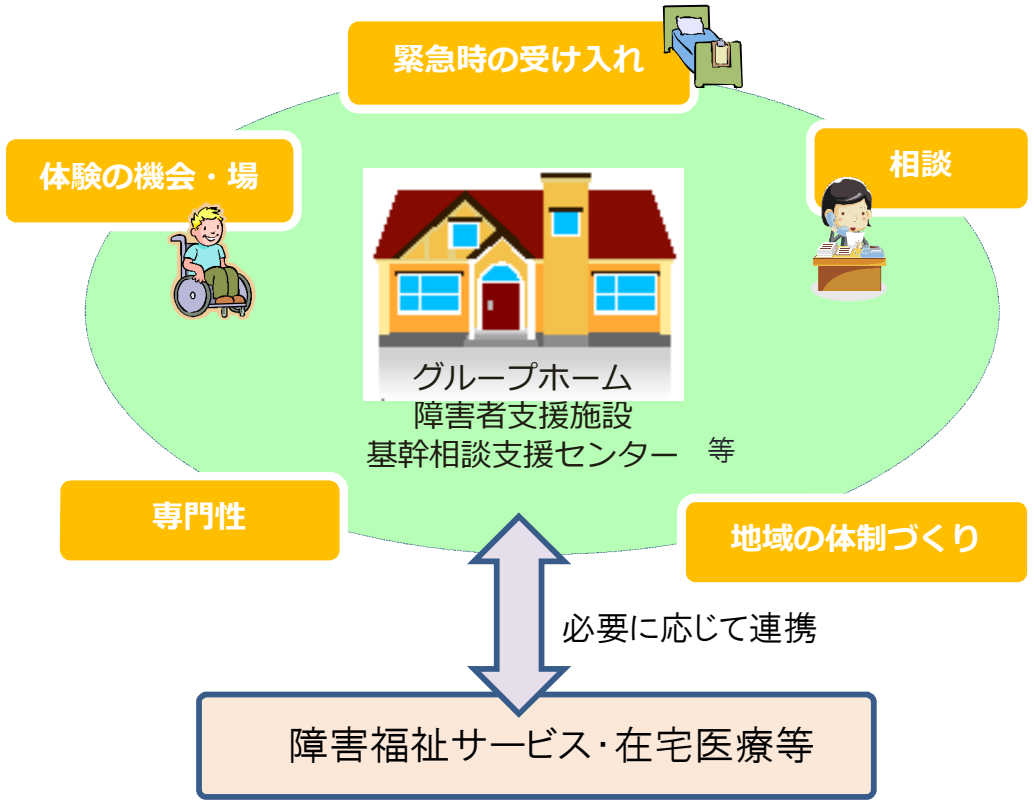
地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化･高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

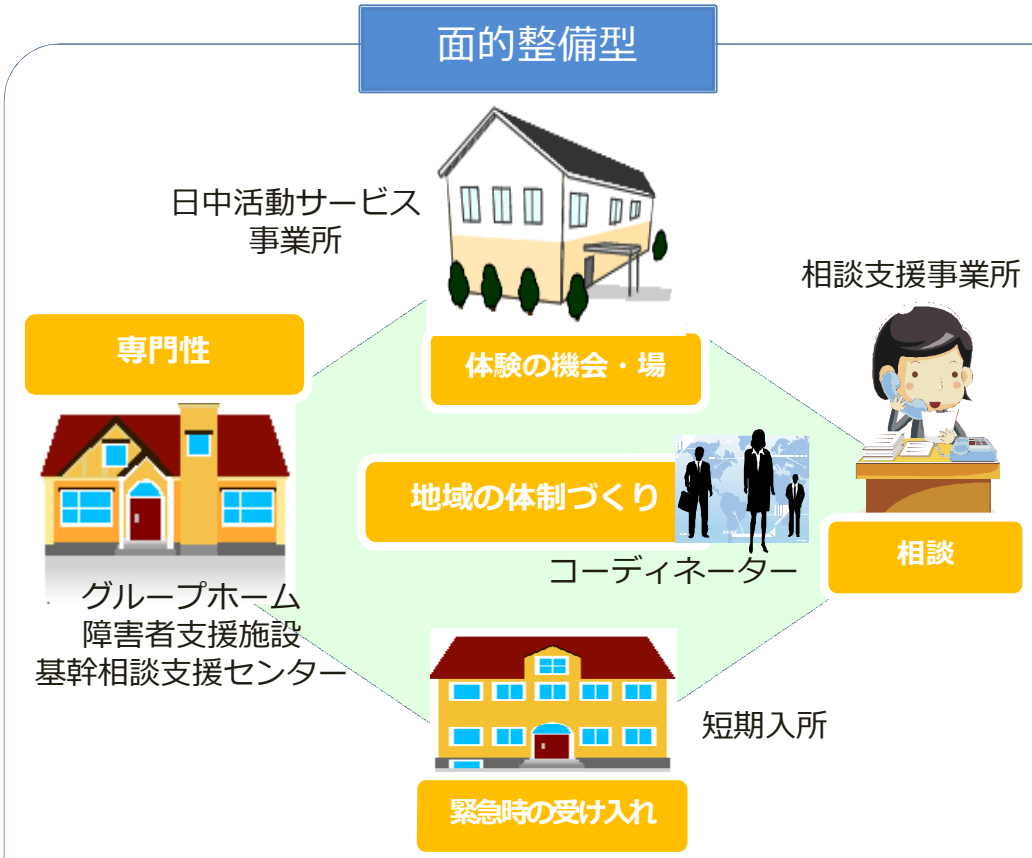
●地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ）※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。

多機能拠点整備型



面的整備型



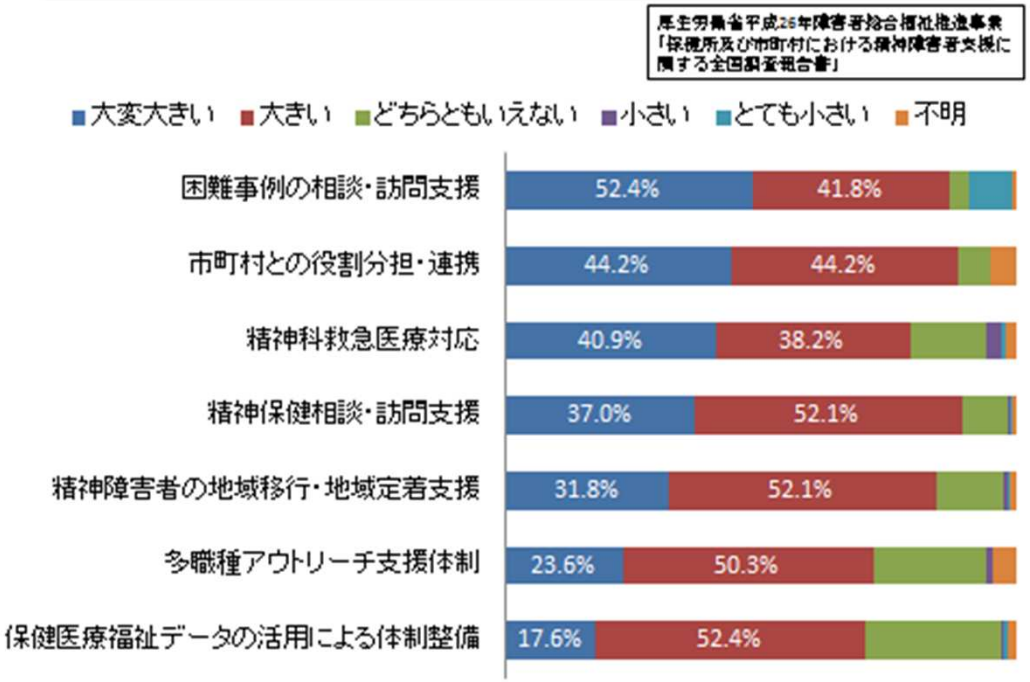
保健所や市町村の果たすべき役割

厚生労働省平成26年障害者総合福祉推進事業「保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査報告書」

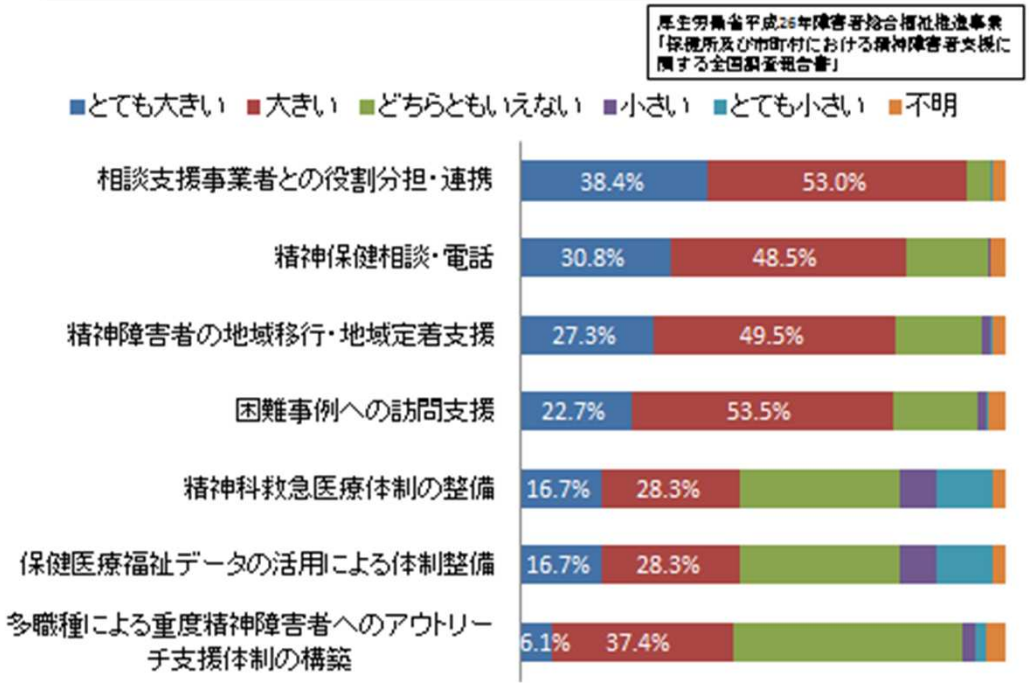
保健所は、困難事例等の相談・訪問支援、市町村との連携等、精神障害者の地域移行・地域定着支援を今後保健所が果たすべき主な役割と考えている。

市町村は、相談支援事業者との連携等、精神保健相談・電話、精神障害者の地域移行・地域定着支援を今後市町村が果たすべき主な役割と考えている。

【保健所回答】今後保健所が果たすべき役割



【市町村回答】今後市町村が果たすべき役割



兵庫県但馬圏域の取組　～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

○但馬圏域（二次医療圏）では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
○病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月１回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口（平成27年9月）	169，014人
面積	2134km^2
市町村の数	5自治体
精神科病院の数（26年6月）	3病院
精神病床数（27年4月）	588床
入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）	42．9%
入院後1年時点の退院率（26年6月）	90．5%

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

（都道府県）
・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施

（保健所）
・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議（1回/月）の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握

（精神保健福祉センター）
・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
・ピアサポーター養成研修を実施

（市町村）
・精神障害に対応できる相談支援員の確保
・住まいや生活支援の体制整備

（精神科病院の医師等の医療関係者）
・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力

（相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者）
・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【地域移行の取組の経緯】

25年度	地域移行申請数は、０（ゼロ）
26年4月	戦略会議への参加と院内説明会の開催（1回/月）について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
26年5月	北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
26年8月	戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
27年5月	南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
27年7月	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、２病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【効果】

（地域移行の利用者数）
25年度　０名
26年度　８名うち２名退院
27年度　13名うち４名退院（9月時点）

（1年以上入院患者割合　630調査より）
25年　71．7%　26年　71．3%

（ピアサポーターの活動者数）
25年度　０名　26年度　12名

（関係者の意識変容）
・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究（分担事業者：中原由美）」からの報告

精神障害者の地域移行に関する市町村等の役割（イメージ）

圏域	役割	役割を果たすための手段
市町村 （1718市町村）	○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割 ○地域における在宅医療・福祉・介護の連携推進	○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築 ○住民に身近な自治体としての精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議（都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施） ○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画・介護保険事業計画の策定、実行、進捗状況の把握・評価、改善 ○地域の社会資源の開発・改善（障害福祉サービス等の整備） ○個別事例への支援のあり方に関する協議、調整
・二次医療圏域 ・保健所圏域 （490箇所）	○精神科病院からの地域移行の推進 ○圏域における医療・福祉・介護の連携推進	○地域移行推進方策の企画立案、進捗管理 ・圏域における入院患者の実態把握、課題分析 ・地域移行の考え方・課題の共有（精神科病院、福祉・介護事業者双方に対して） ・地域移行の目標の設定、実施、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村支援（助言、情報提供等） ○個別事例の広域調整
都道府県 （47都道府県）	○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割 ○広域的な医療・福祉・介護の連携推進	○広域的な関係機関の連携体制の構築 ○庁内関係部局（医療、福祉、介護、教育、雇用、居住支援等）との連携や保健所、精神保健福祉センターとの協働 ○広域的な精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議 ○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画・介護保険事業支援計画・医療計画の策定、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村に対する助言・情報提供等の支援（精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等） ○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議

※上記のほか、都道府県、指定都市における地域移行に関する人材育成、保健所・市町村等への専門的立場からの技術援助等を行う精神保健福祉センター（69箇所）が行う。

精神障害者地域移行・地域定着推進協議会に係る都道府県と市町村の役割（イメージ）

市町村（自立支援）協議会

専門部会（例）

- 就労支援部会
- こども支援部会
- 権利擁護部会
- 精神障害者支援部会又は「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会」※

※構成員は、都道府県、保健所、精神科病院の医師
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

支援　報告

役割分担・連携

都道府県（自立支援）協議会

専門部会（例）

- 就労支援専門部会
- 療育支援専門部会
- 権利擁護専門部会
- 地域移行支援部会又は「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会」※

※地域生活支援事業の都道府県必須事業
※構成員は、市町村、保健所、精神科病院の医師
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

【市町村の役割】
- ○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割
- ○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築
- ○住民に身近な自治体としての課題の共有・協議（都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施）
- ○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画等の策定、実行、進捗状況の把握
- ○地域の社会資源の開発・改善（障害福祉サービス等の整備）

等

【都道府県の役割】
- ○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割
- ○広域的な関係機関の連携体制の構築
- ○広域的な課題の共有・協議
- ○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画等の策定、進捗状況の把握
- ○市町村に対する助言・情報提供等の支援（精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等）
- ○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議

等

※精神障害者地域移行・地域定着推進協議会について、既存の（自立支援）協議会を活用することは差し支えない

長期入院精神障害者の退院促進による介護サービスの見込み量の推計手法例

1．退院する高齢の長期入院精神障害者数（市町村別）を推計

（①～④都道府県精神保健福祉担当部局→⑤都道府県介護保険担当部局→市町村介護保険担当部局等介護保険者）

① 精神保健福祉資料（630調査）から、各都道府県の長期入院精神障害者数を把握。

② 各都道府県の第４期都道府県障害福祉計画（H27～29）における長期入院精神障害者の減少目標（H29まで）に基づき、平成29年までに退院する高齢の長期入院精神障害者数を推計。

（留意点）
- ※ 平成24年から平成26年までに長期入院精神障害者が減少していると見込まれる場合は、その減少分を勘案。
- ※ 65歳以上高齢者の割合は各都道府県の実情を踏まえて推計することが望ましいが、これに依りがたい場合は、退院する者の年齢層は、入院中の者と同じ割合（全国ベースで約半数：参考を参照）という仮定を置いて、推計しても差し支えない。
- ※ 第4期障害福祉計画における国の長期入院精神障害者数の減少目標を達成した場合、全国で退院する長期入院高齢精神障害者数は1.8万人であり、総人口1億2,700万人との比から人口1万対約1.4人である。

③ 各都道府県内（※）の市町村人口比率等に基づき、市町村別の退院する高齢の長期入院精神障害者数を推計。
- ※ 指定都市の推計については別添1の指定都市別の内訳を活用し、他の市町村については、市町村の人口比率等に基づき推計しても差し支えない。

④ 市町村別に退院する長期入院精神障害者の状況（要介護度別の内訳等）を推計。その際、各年度の配分も示す。

（留意点）
- ※ 退院者の状況の推計に当たっては、都道府県に既存の独自調査があれば、それを利用しても差し支えない。なお、高齢の長期入院精神障害者（入院期間が5年以上）の要介護度の分布については、【別紙1】を参照。
- ※ 各年度の配分については、例えば、均等に3分の1ずつなど、地域の実情に応じて配分されたい。

⑤ 推計値を都道府県介護保険担当部局を通じて介護保険者へ提供。

※参考、別添1、別紙1は省略

2. 退院する高齢精神障害者の介護サービス見込み量の推計（市町村介護担当部局等介護保険者）

○ 退院する高齢精神障害者は精神症状が一定程度安定している場合も多いことから、例えば、管内の高齢者の介護サービス利用の現状等を参考に、退院する高齢精神障害者の介護サービス見込み量を推計。

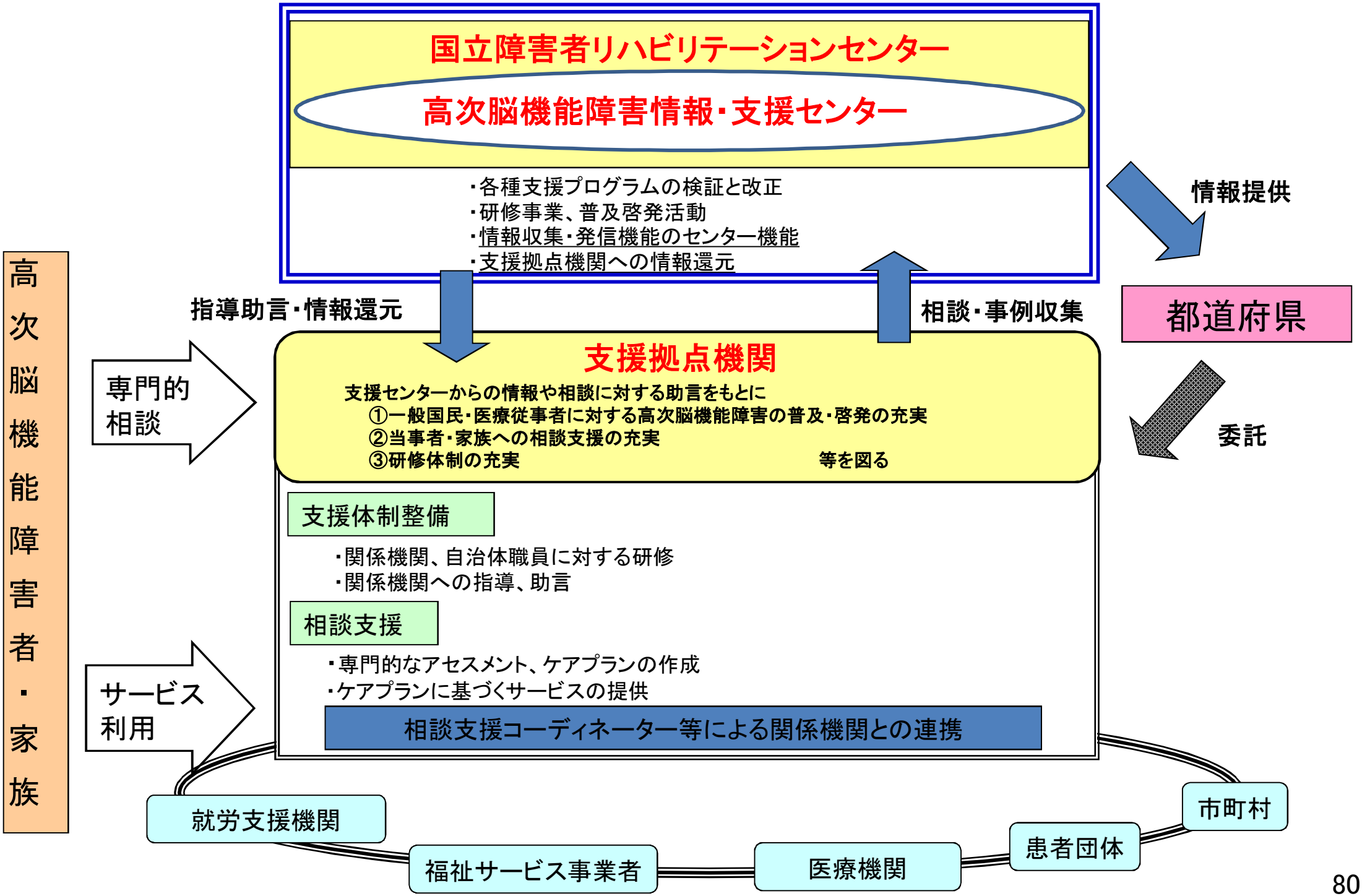
○ この際、介護保険計画課より介護保険の保険者に配布されている「（確定版）介護保険事業計画用ワークシート」においては、次のような活用方法が考えられる。

- 認定者数の推計に当たっては、Aシートで「要支援1、2、要介護1～2、3～5」の区分で認定者数を増減させる機能があるので、提供を受けた各年度の要介護度ごとの認定者の増加数について、この区分で整理して認定者数を増加させる。
- 施設・居住系サービスの見込量の推計に当たっては、Bシートで要介護度ごとに各年度の利用者数を入力する仕組みであるので、利用が見込まれるサービスの利用者数を増加させる
- 在宅サービスの見込量の推計に当たっては、Cシートで「要支援1、2、要介護1～2、3～5」の区分で利用者数を調整する機能があるので、利用が見込まれるサービスの利用者数をこの区分ごとに整理して利用者数を増加させる

※ 要介護度別の状況等から介護サービス量を見込む際には、高齢精神障害者の介護サービス利用の現状に係る既存の独自調査があれば、それを利用しても差し支えない。
※ 高齢の長期入院精神障害者の退院実例（退院先、要介護度等）については、【別紙2】を参照。
※ 退院が見込まれる高齢精神障害者の一部に認知症の者が含まれる場合は、管内の認知症高齢者の介護サービス利用の状況を参考にすることも考えられる。なお、介護サービスを利用する認知症高齢者の割合（全国状況）については【別紙3】を参照。

※別紙2・別紙3は省略

高次脳機能障害施策


国立障害者リハビリテーションセンター
高次脳機能障害情報・支援センター
・各種支援プログラムの検証と改正
・研修事業、普及啓発活動
・情報収集・発信機能のセンター機能
・支援拠点機関への情報還元
情報提供
都道府県
指導助言・情報還元
相談・事例収集
委託
高次脳機能障害者・家族
専門的相談
支援拠点機関
支援センターからの情報や相談に対する助言をもとに
①一般国民・医療従事者に対する高次脳機能障害の普及・啓発の充実
②当事者・家族への相談支援の充実
③研修体制の充実
等を図る
支援体制整備
・関係機関、自治体職員に対する研修
・関係機関への指導、助言
相談支援
・専門的なアセスメント、ケアプランの作成
・ケアプランに基づくサービスの提供
サービス利用
相談支援コーディネーター等による関係機関との連携
就労支援機関
福祉サービス事業者
医療機関
患者団体
市町村