

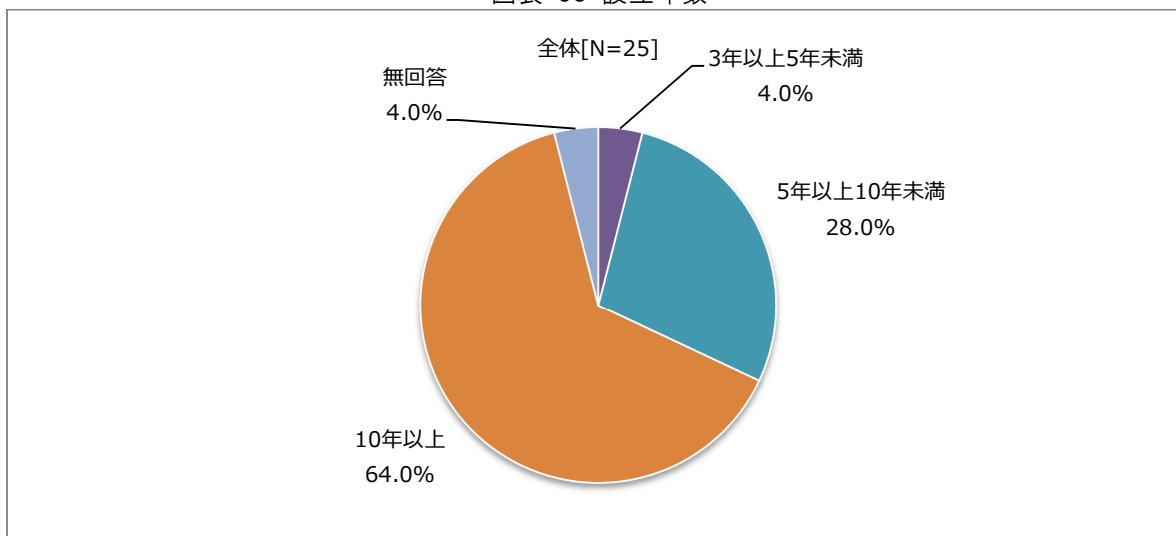
3 重度障害者等包括支援に係るサービス利用計画調査

(1) 事業所概要

① 設立年数

事業所の設立年数は、「10年以上」が64.0%、「5年以上10年未満」が28.0%、「3年以上5年未満」が4.0%となっている。

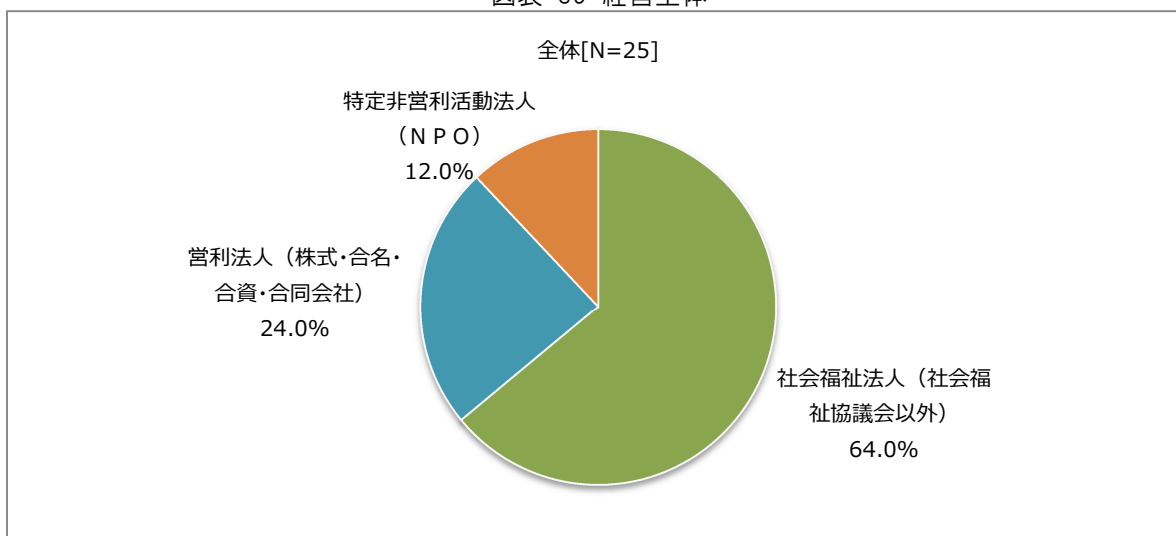
図表 38 設立年数



② 経営主体

事業所の経営主体については、「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」が64.0%、「営利法人（株式・合名・合資・合同会社）」が24.0%、「特定非営利活動法人（NPO）」が12.0%となっている。

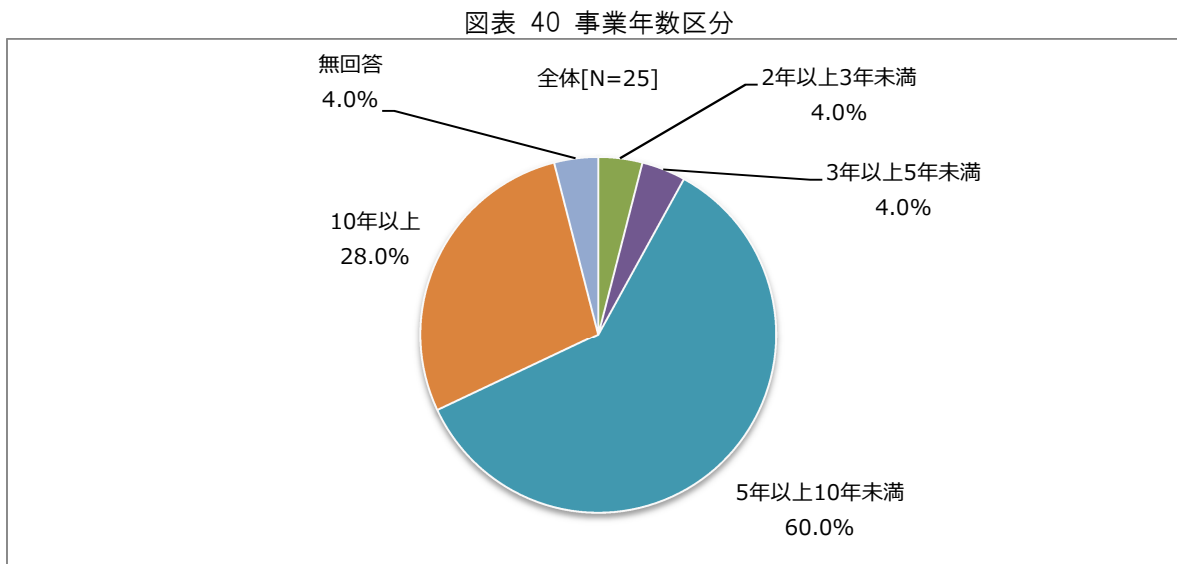
図表 39 経営主体



(2) 重度障害者等包括支援事業の状況

①事業年数

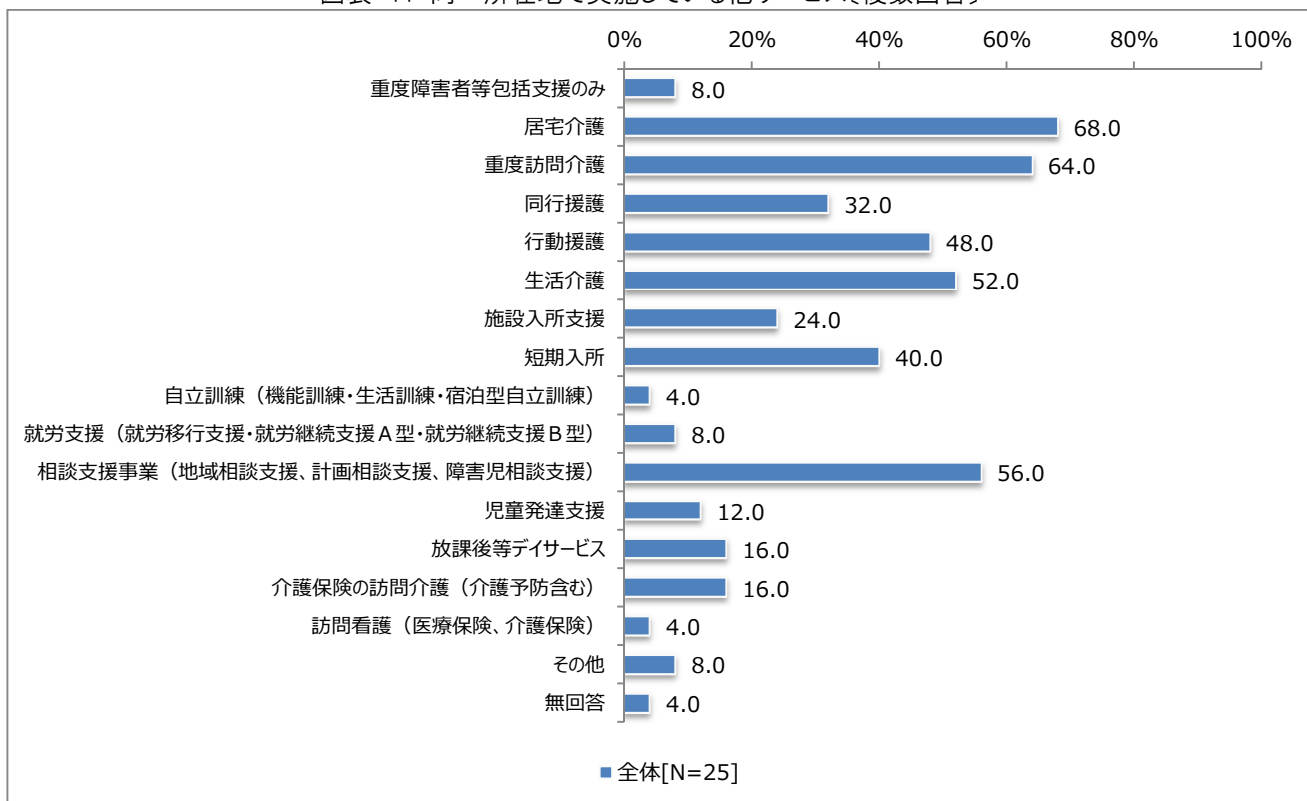
サービスの事業年数は、「5年以上10年未満」が60.0%、「10年以上」が28.0%となっており、年数の長い事業所が多い。



②同一所在地で実施している他サービス

「居宅介護」が68.0%、「重度訪問介護」が64.0%、「相談支援事業（地域相談支援、計画相談支援、障害児相談支援）」が56.0%、「生活介護」が52.0%等となっている。

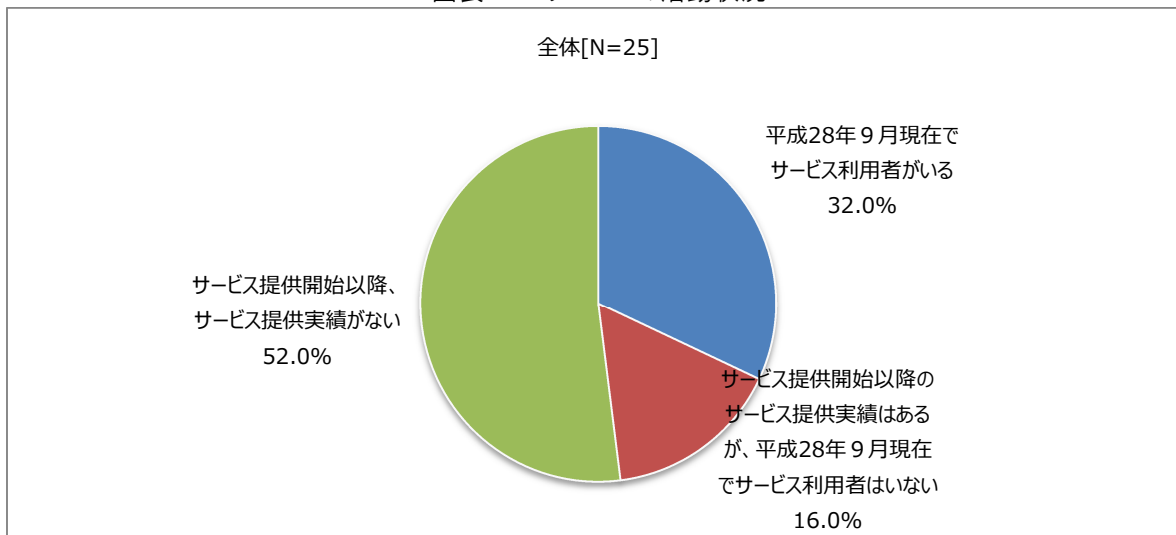
図表 41 同一所在地で実施している他サービス〔複数回答〕



③サービスの活動状況

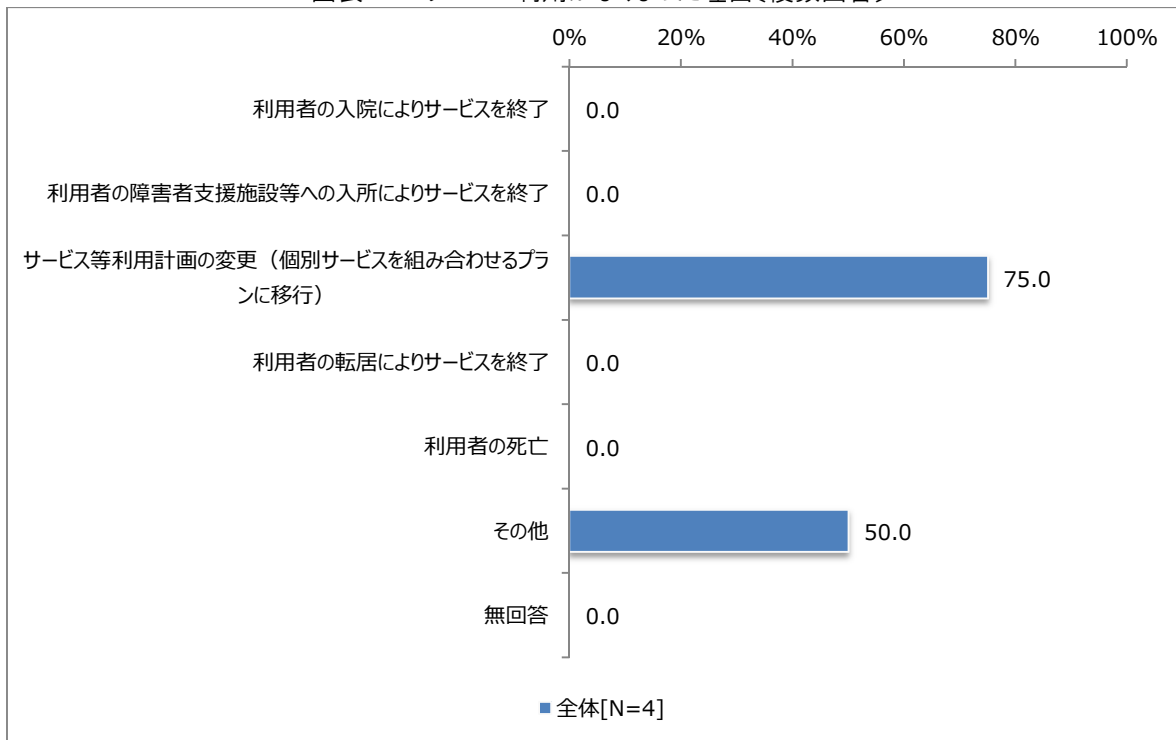
事業所のサービス活動状況は、「サービス提供開始以降、サービス提供実績がない」が52.0%と半数を占め、「平成28年9月現在でサービス利用者がある」が32.0%、「サービス提供開始以降のサービス提供実績はあるが、平成28年9月現在でサービス利用者はいない」が16.0%となっている。

図表 42 サービスの活動状況



「サービス提供開始以降のサービス提供実績はあるが、平成28年9月現在でサービス利用者はいない」と回答した事業所にサービス利用がなくなった理由を聞いたところ、「サービス等利用計画の変更（個別サービスを組み合わせるプランに移行）」が75.0%となっている。

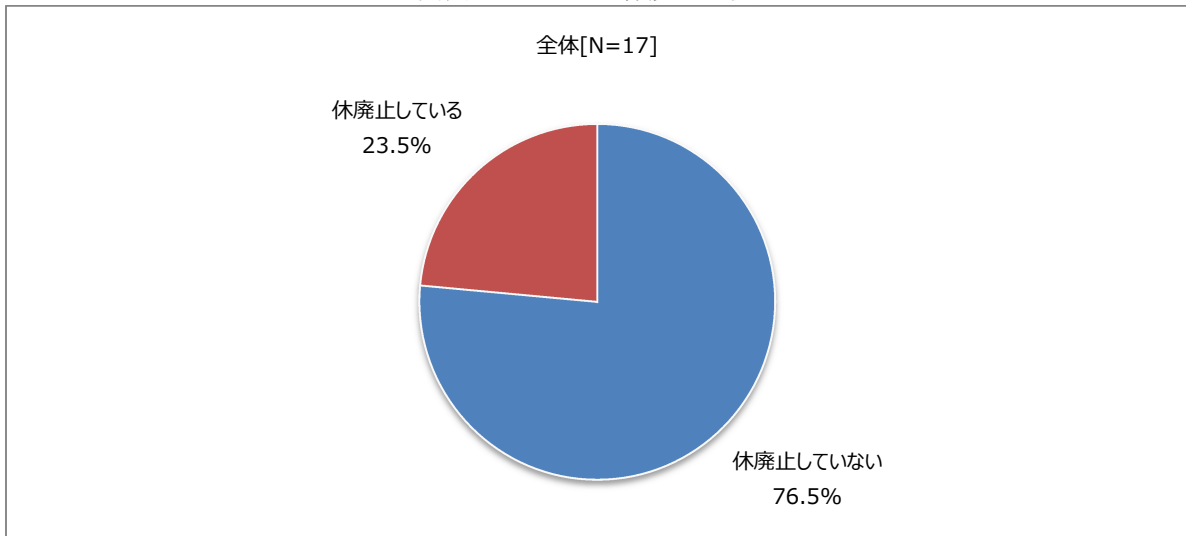
図表 43 サービス利用がなくなった理由〔複数回答〕



④ サービス休廃止の状況

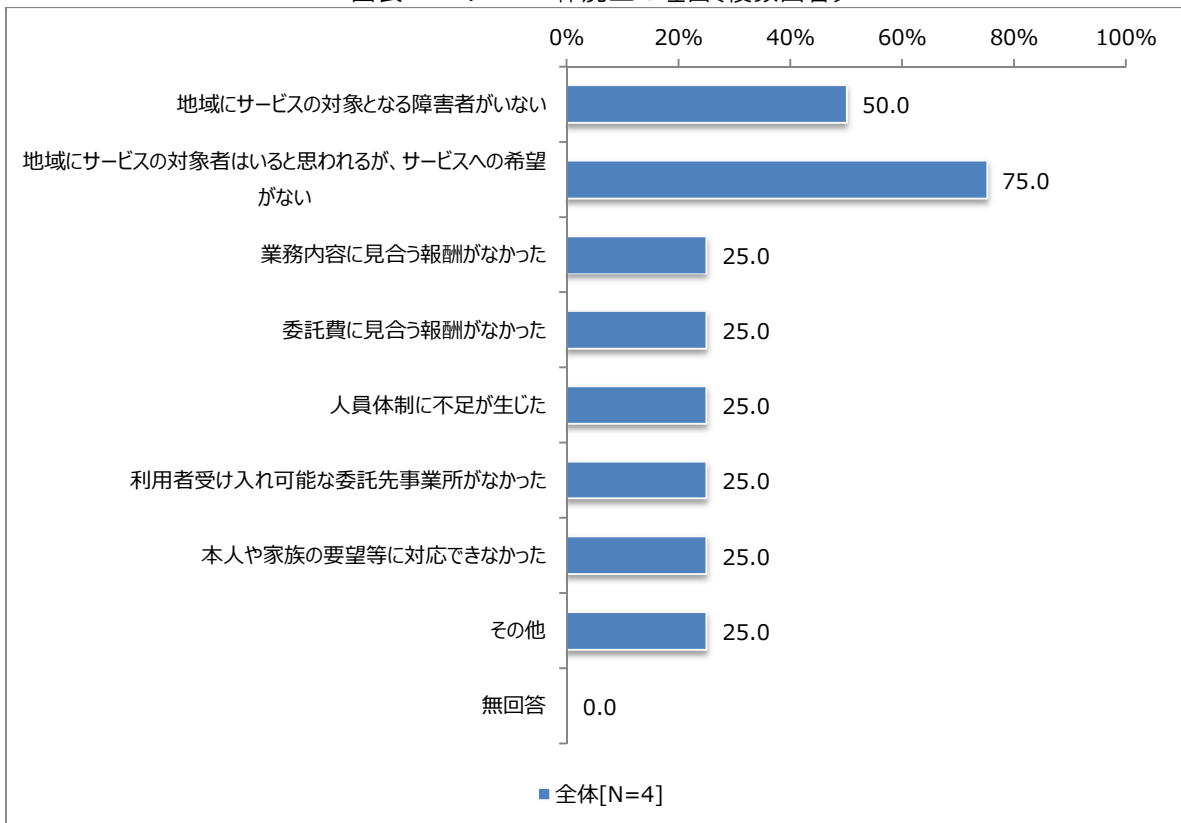
現在、サービス利用者のいない事業所に、サービス休廃止の状況を聞いたところ、「休廃止していない」が76.5%、「休廃止している」が23.5%となっている。

図表 44 サービス休廃止の状況



サービスを「休廃止している」と回答した事業所に、その理由を聞いたところ、「地域にサービスの対象者はいると思われるが、サービスへの希望がない」が75.0%、「地域にサービスの対象となる障害者がいない」が50.0%等となっている。

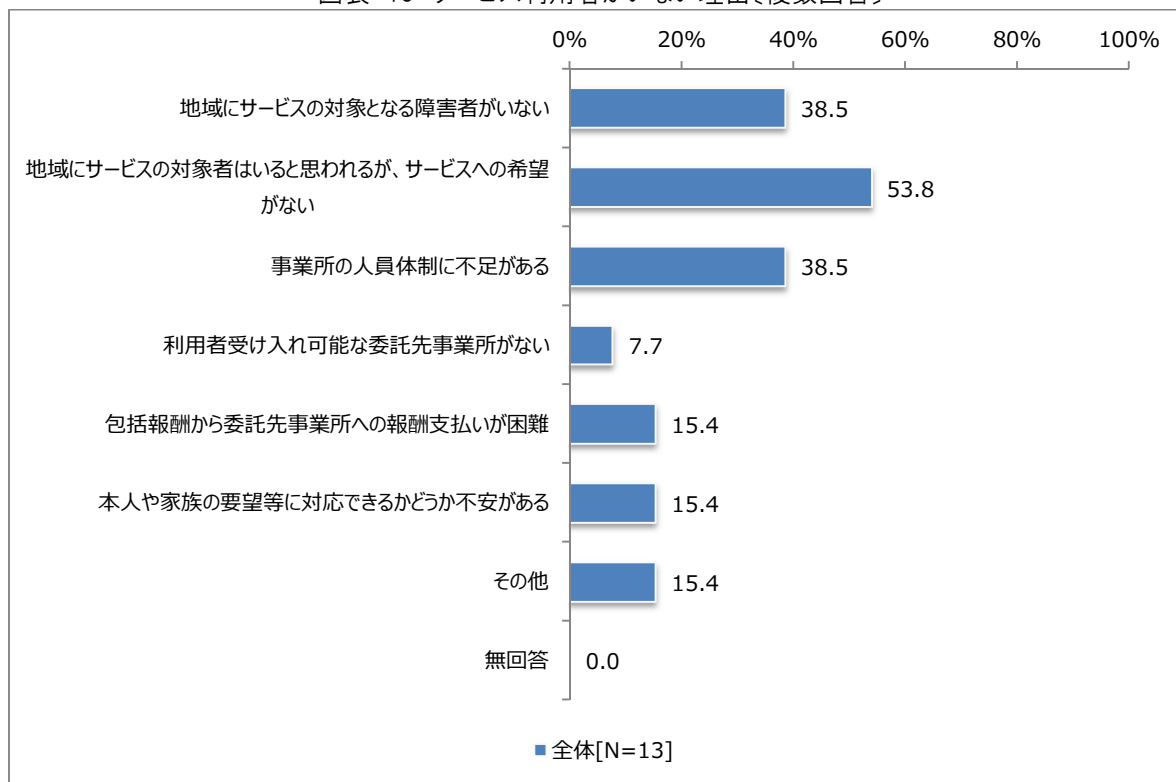
図表 45 サービス休廃止の理由〔複数回答〕



サービス利用者がいないが、「休廃止していない」と回答した事業所に、サービス利用者がいない理由を聞いたところ、「地域にサービスの対象者はいると思われるが、サービスへの希望がない」が53.8%、「地域にサービスの対象となる障害者がいない」が38.5%、「事業所の人員体制に不足がある」が38.5%等となっている。

また、平成27年10月～平成28年9月の1年間で、サービス利用の照会があったかどうかを聞いたところ、13事業所すべてが「なし」と回答している。

図表 46 サービス利用者がいない理由〔複数回答〕



(3) 重度障害者等包括支援のサービス利用状況

① サービスに従事する職員数

以降は、重度障害者等包括支援のサービス利用者がある事業所に対する質問である。

サービスに従事する職員数については、常勤職員の平均は7.9人、非常勤職員の実人数平均は3.9人、常勤換算数の平均は2.0人となっている。

図表 47 職員数

	全体[N=7]
常勤職員	7.9
非常勤（実人数）	3.9
非常勤（常勤換算数）	2.0

② サービス利用者数

サービス利用者数の平均は2.9人となっている。

図表 48 サービス利用者数

	全体[N=8]
平均	2.9

③ サービス請求単位数

平成28年9月分のサービス請求単位数平均は235,361となっている。

図表 49 サービス請求単位数

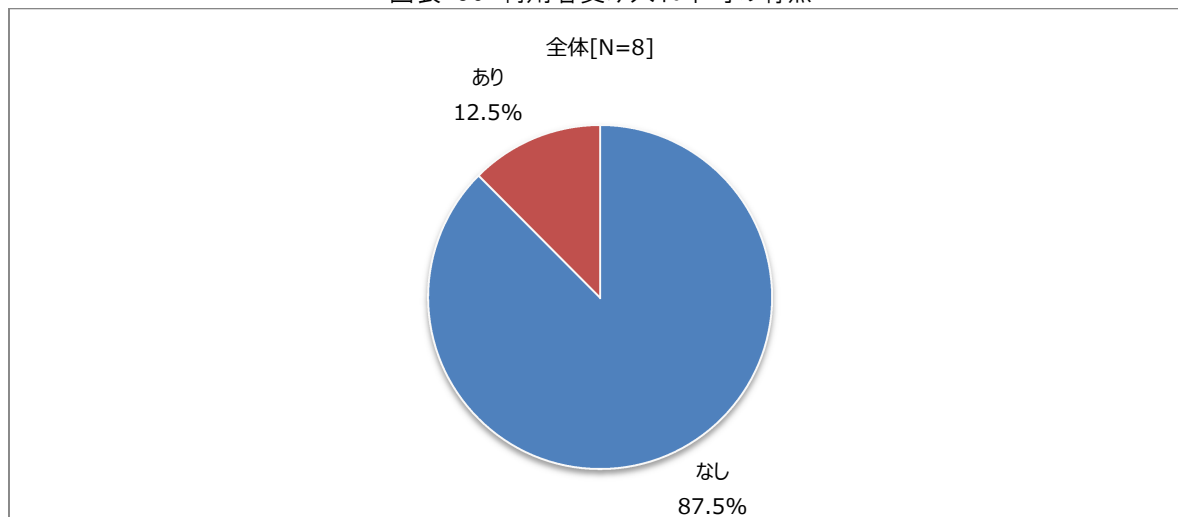
	全体[N=8]
平均	235,361

④ 利用者受け入れ可否の状況

平成27年10月～平成28年9月の1年間で、サービス利用について照会があったが受け入れできなかった事例があるかどうかを聞いたところ、「なし」が87.5%、「あり」が12.5%となっている。

「あり」と回答した事業所は1事業所で、事例件数は1件、受け入れ不可の理由としては、「事業所の人員体制に不足があった」と回答している。

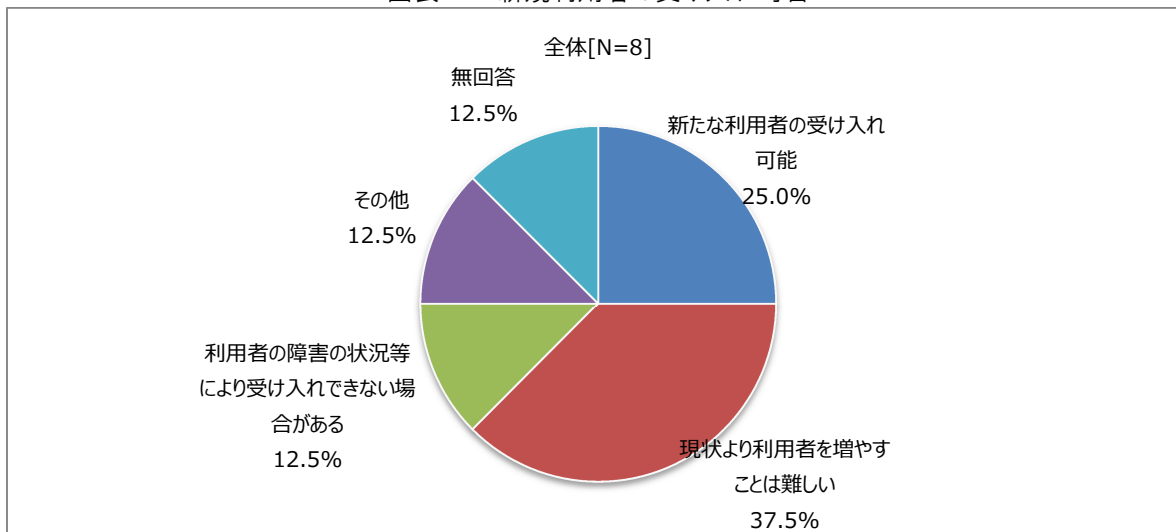
図表 50 利用者受け入れ不可の有無



⑤新規利用者の受け入れ可否

事業所の現在の状況で、新規利用者を受け入れられるかどうかを聞いたところ、「現状より利用者を増やすことは難しい」が37.5%、「新たな利用者の受け入れ可能」が25.0%、「利用者の障害の状況等により受け入れできない場合がある」が12.5%となっており、事業所により分散している。

図表 51 新規利用者の受け入れ可否



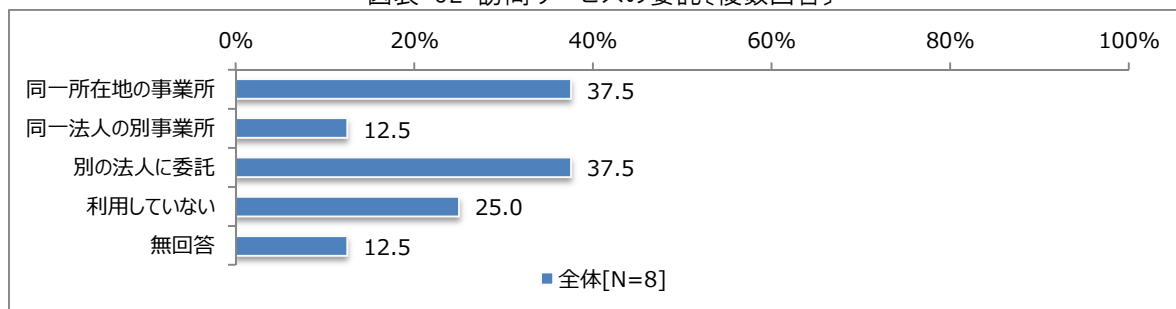
(4) 重度障害者等包括支援におけるサービス委託の状況

重度障害者等包括支援の実施にあたり、平成28年9月の個別サービスの委託状況を聞いたところ、以下のようになっている。

①訪問系サービスの委託

居宅介護等の訪問系サービスについては、「同一所在地の事業所」と「別の法人に委託」が37.5%、「利用していない」が25.0%となっている。委託費用の平均は248,012円/月である。

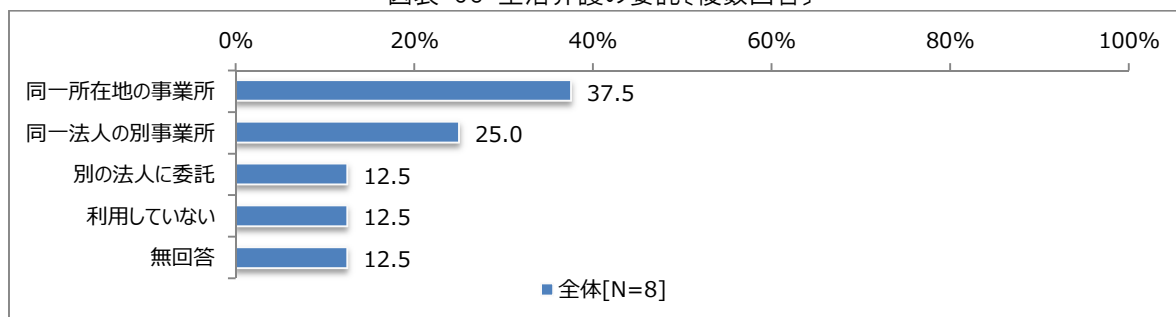
図表 52 訪問サービスの委託〔複数回答〕



②生活介護の委託

生活介護については、「同一所在地の事業所」が37.5%、「同一法人の別事業所」が25.0%となっている。委託費用の平均は198,221円/月である。

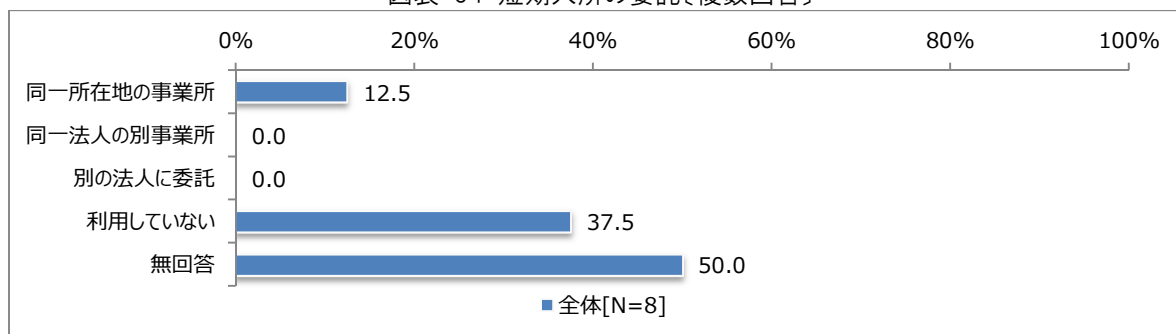
図表 53 生活介護の委託〔複数回答〕



③短期入所の委託

短期入所については、「利用していない」が37.5%、「同一所在地の事業所」が12.5%となっている。委託費用の回答はゼロである。

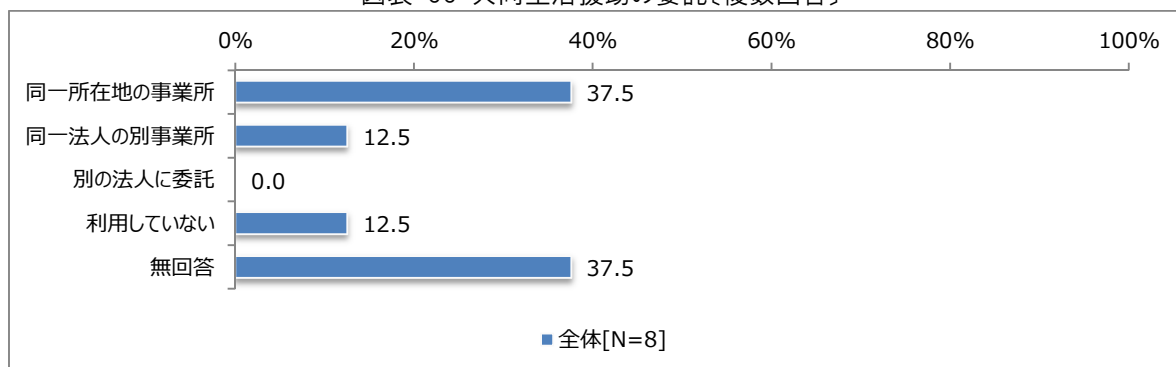
図表 54 短期入所の委託〔複数回答〕



④ 共同生活援助の委託

共同生活援助については、「同一所在地の事業所」が37.5%となっている。委託費用の平均は391,303円/月である。

図表 55 共同生活援助の委託〔複数回答〕



なお、自立訓練、就労支援サービス、その他のサービスについては回答がなかった。

急な短期入所の利用にあたってのベッドの確保、利用者の体調による提供サービスの変更（生活介護→重度訪問介護等）など、委託先との緊急時等のサービス調整方法等について行っていることの具体的内容を聞いたところ、以下のような回答があった。

- ・短期入所受け入れは、開所以来ずっと定員一杯のため、ない。また、昼間のサービス提供についても、これまで利用者に大きな変化がみられないため、変更等が生じたこともない。よって現時点で日々の体調等について夜間担当と日中活動担当が連絡を取り合うといった程度のこのみ行っている。
- ・現在、全員がGH併用型のため、短期入所の利用はない。日中の提供サービスの変更については同一法人であるため柔軟に対応することが可能だが、使用サービスの変更自体がほとんどない。
- ・月に1回、定例でサービス調整会議を実施し、ケースにかかわる課題の共有、サービス提供単位数の確認、サービス調整をおこなっている。

⑤ サービス委託単価

訪問系サービス、生活介護、共同生活援助について、サービス利用者の平成28年9月の委託サービス利用時間合計と、上記の委託費用から、サービス委託の単価を計算した。その結果、平均で訪問系サービスについては2,772円/時間、生活介護については4,093円/時間、共同生活援助については14,024円/日となった。

各種加算を考慮せず、法定単価と比較したとき、訪問系サービスについては、行動援護が4,010円/時間、重度訪問介護は1,830円であり、中間的な費用となっている。生活介護については、最大でも12,780単位/日（6時間以上）となっており、共同生活援助については、最大でも668単位に医療連携体制加算（I）500単位を足し、11,680円/日であることから、法定単価より高い費用で委託がされていることが窺える。

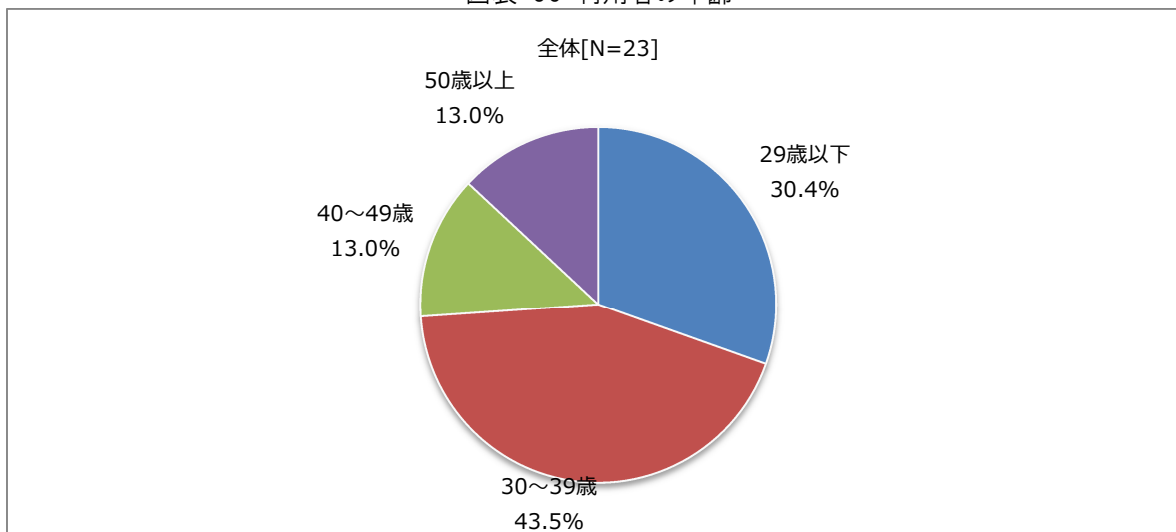
(5) 利用者の状況

重度障害者等包括支援の利用者については、合計で23人分の回答があった。

①年齢

利用者の年齢層は、「30～39歳」が43.5%、「29歳以下」が30.4%、「40～49歳」が13.0%、「50歳以上」が13.0%となっている。平均年齢は35.5歳である。

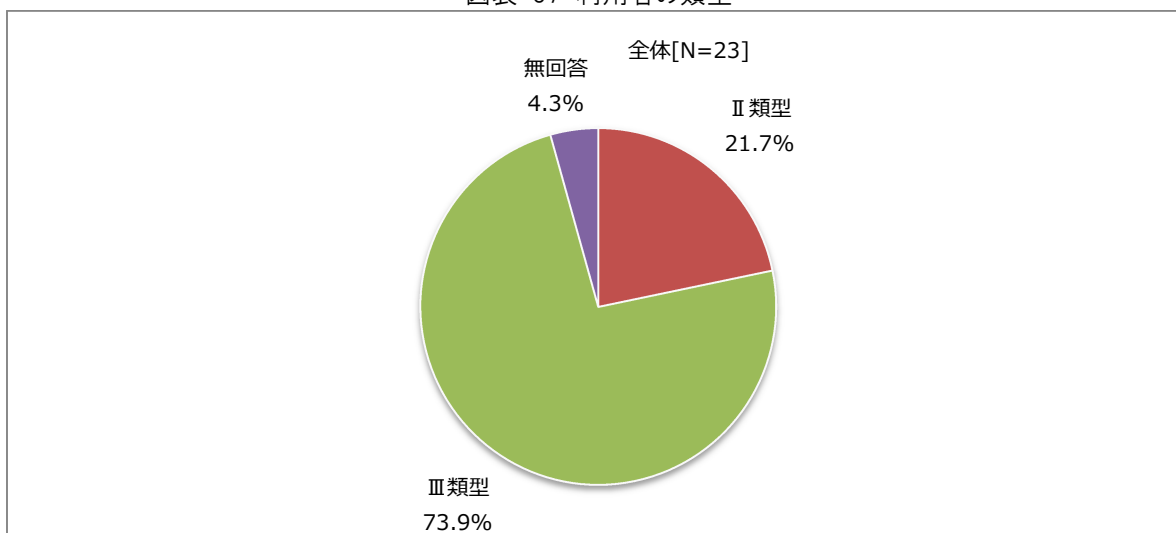
図表 56 利用者の年齢



②類型

類型は、「Ⅲ類型」が73.9%、「Ⅱ類型」が21.7%となっている。

図表 57 利用者の類型



③障害・疾患の状況

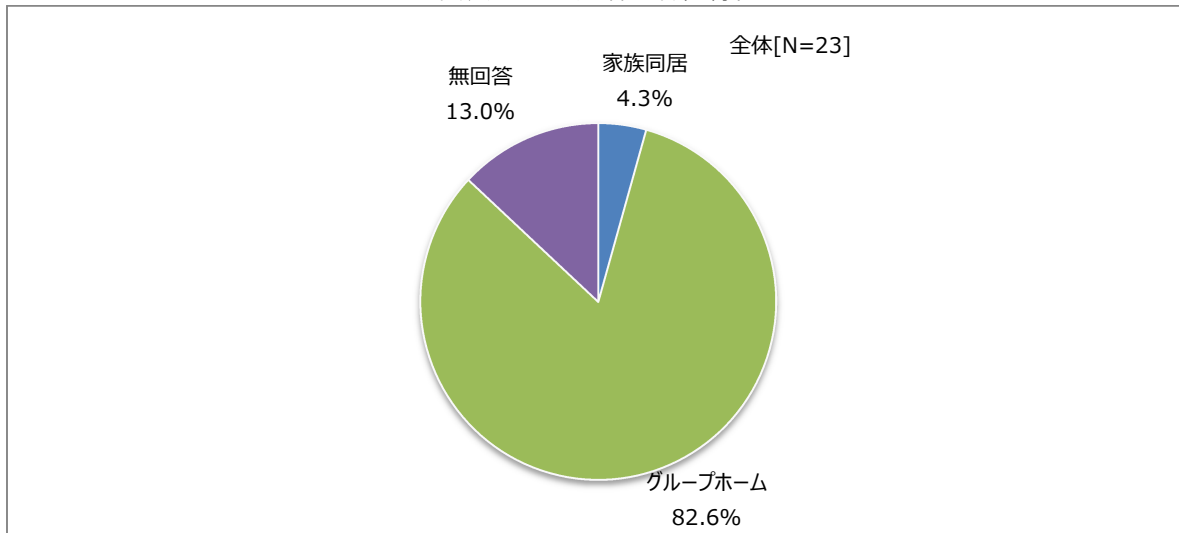
利用者の障害・疾患の状況としては、以下のような回答があった。

- ・疾病による体幹機能障害（身障手帳2級、療育手帳A）区分6・大発作の後遺症で歩行困難
- ・知的障害、自閉症、てんかん
- ・ヘルペス脳炎、知的障害、てんかん
- ・重度知的障害、自閉症、てんかん、感音性難聴
- ・自閉症、知的障害
- ・てんかん発作、喘息、皮膚疾患、心臓肥大型心筋症、逆流性胃腸炎
- ・ダウン症
- ・強度行動障害者。自閉症。他害・自傷・破壊行為が多い。ADL全面において自身では難しい。日課の理解が難しい。
- ・自閉症。自身では生活のリズムが取れない。他害あり。食事の摂り方で詰め込み、咀嚼なしの状態のため、常に支援必要。
- ・脳性まひ
- ・身体障害1級、療育A1、精神発達遅滞、てんかん（頻繁な発作）、発語なし
- ・脳性小児麻痺による体幹機能障害（座位不能）、知的障害、寝返りできず、意思伝達も難しい部分がある

④居住特性

利用者の居住特性は、「グループホーム」が82.6%と大部分を占める。

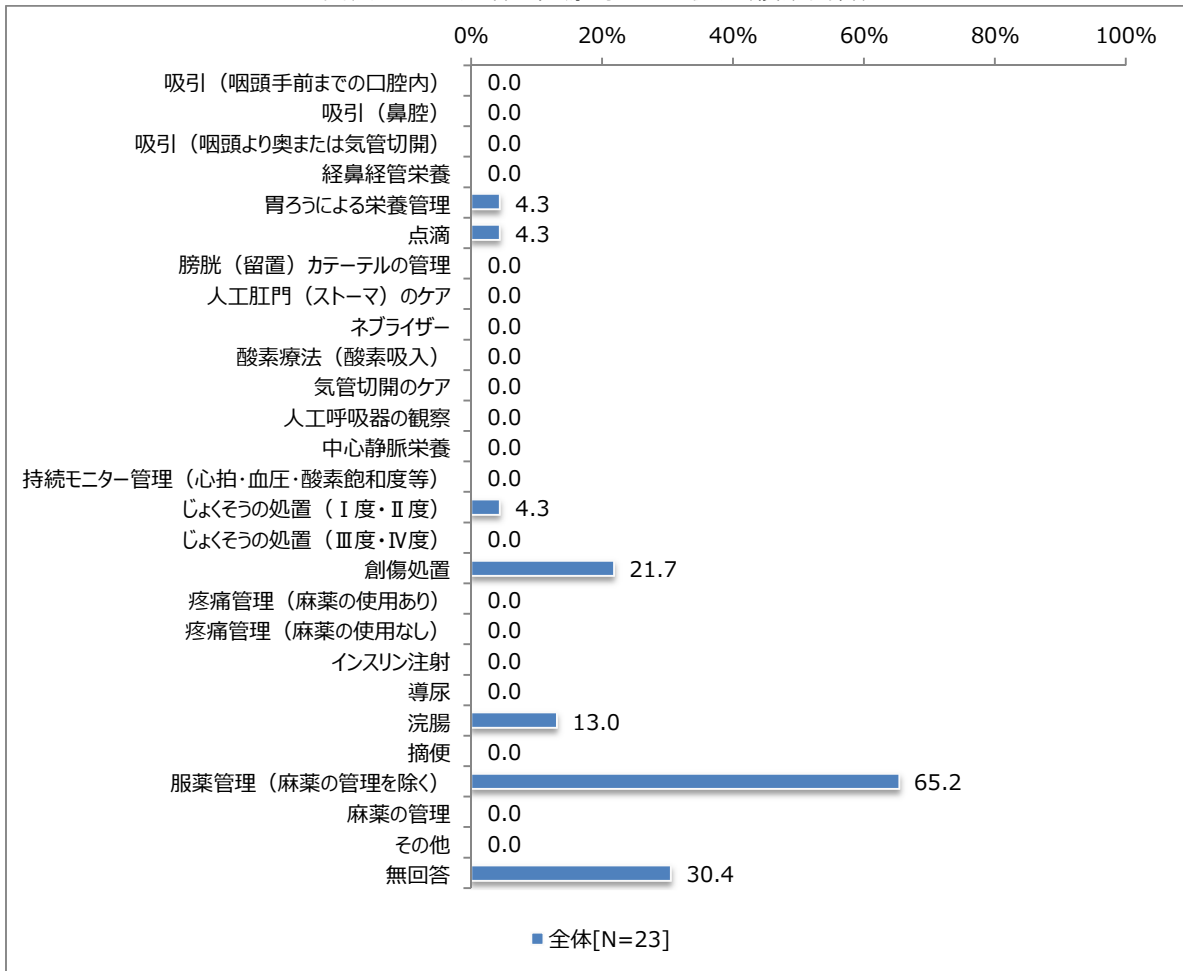
図表 58 利用者の居住特性



⑤医療的ケアの状況

「服薬管理（麻薬の管理を除く）」が65.2%、「創傷処置」が21.7%、「浣腸」が13.0%等となっている。服薬管理以外の医療的ケアの必要な利用者は少ない。

図表 59 利用者の医療的ケアの状況〔複数回答〕



⑥過去1年間の入院期間

過去1年間の入院期間については、回答は利用者23人中1人のみで、期間は16日（平均すると0.7日）である。

⑦サービス利用状況

平成28年9月のサービス利用状況については以下のようになっている。利用者23人の平均で、生活介護108.6時間/月、居宅介護23.5時間/月等となっている。

図表 60 利用者のサービス利用状況

	全体[N=23]
居宅介護	23.5時間/月（うち、委託0.0時間/月）
重度訪問介護	24.4時間/月（うち、委託18.1時間/月）
行動援護	63.6時間/月（うち、委託0.0時間/月）
生活介護	108.6時間/月（うち、委託29.8時間/月）
短期入所	2.6日/月（うち、委託0.0日/月）
共同生活援助	25.9日/月（うち、委託1.3日/月）

⑧平均的な1日の支援内容

利用者に対する1日の平均的な支援内容を時間帯別に聞いたところ、以下のようになっている。日中は、おおむね7割程度の利用者が生活介護を利用しており、3割程度が訪問系のサービスを利用している。夜間については、1割程度の利用者が訪問系サービスを利用している。なお、夜間について4割程度が「その他」となっているが、これはグループホームの夜勤職員による見守りを回答しているものである。

図表 61 利用者の時間帯別利用サービス

全体[N=23]						
(%)	居宅介護	重度訪問介護	行動援護	生活介護	その他	無回答(利用無)
0時台	0.0	0.0	0.0	0.0	43.5	56.5
1時台	0.0	0.0	0.0	0.0	43.5	56.5
2時台	0.0	0.0	0.0	0.0	43.5	56.5
3時台	0.0	0.0	0.0	0.0	43.5	56.5
4時台	0.0	0.0	8.7	0.0	43.5	47.8
5時台	0.0	0.0	8.7	0.0	43.5	47.8
6時台	8.7	0.0	4.3	0.0	43.5	43.5
7時台	8.7	8.7	4.3	0.0	43.5	34.8
8時台	13.0	8.7	0.0	8.7	34.8	34.8
9時台	0.0	13.0	30.4	56.5	0.0	0.0
10時台	0.0	0.0	30.4	65.2	0.0	4.3
11時台	0.0	4.3	30.4	65.2	0.0	0.0
12時台	0.0	4.3	30.4	65.2	0.0	0.0
13時台	0.0	4.3	26.1	69.6	0.0	0.0
14時台	0.0	4.3	26.1	69.6	0.0	0.0
15時台	13.0	4.3	26.1	52.2	0.0	0.0
16時台	13.0	0.0	26.1	43.5	4.3	13.0
17時台	13.0	0.0	0.0	8.7	34.8	43.5
18時台	13.0	4.3	0.0	4.3	39.1	39.1
19時台	13.0	13.0	0.0	4.3	39.1	30.4
20時台	8.7	4.3	4.3	4.3	39.1	39.1
21時台	8.7	4.3	4.3	0.0	43.5	39.1
22時台	8.7	0.0	4.3	0.0	43.5	43.5
23時台	8.7	0.0	4.3	0.0	43.5	43.5

利用者が重度障害者等包括支援を利用しない場合（他サービス移行）に想定される問題点等を聞いたところ、以下のような回答があった。

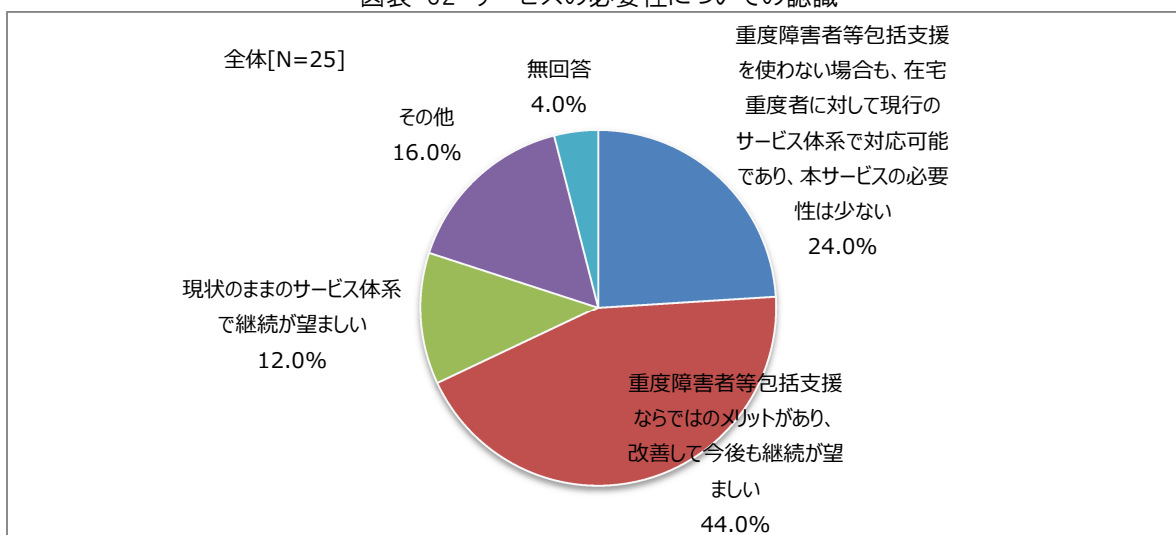
- ・受け入れ先が見つからない。
- ・サービスをバラバラにすると給付費が上がる場合もある（市町村の問題ではあるが）
- ・各サービスをコーディネートする者がいなくなり一体的な支援ができなくなる。
- ・連絡調整はもとより、緊急時の対応にも支障をきたす可能性がある。
- ・常に支援者がいないとパニックを起こす。ADLは全支援状態。他害、自傷が頻繁におこり危険である。
- ・ADLが確立されていないため、常に支援者がつく必要がある。また、対人面でも不穏になりやすく突発的行動があり危険である。
- ・今後、本人家族が高齢化していく中で、休日の暮らし方に問題が起きる。ホームスタッフの不足やヘルパーの利用制限などがあり、十分な支援を受けることができなくなる。
- ・日中の多くの時間帯を重度訪問介護による対応で生活している。現状の支給決定においても、QOLの観点からは時間が不足しているが、他サービスに移行した場合に十分な時間が確保できるのか不安がある。
- ・頻繁な発作のため1人では身の安全が確保できない可能性が高く、常時（24時間）見守りが必要な方。現状でも支給決定の範囲では人員配置が足りず、別途専属スタッフを配置している状況。他サービスに移行することで今以上に配置が難しくなることが予想される。

(6) 重度障害者等包括支援の課題等

①サービスの必要性についての認識

重度障害者等包括支援の必要性について全事業所に聞いたところ、「重度障害者等包括支援ならではのメリットがあり、改善して今後も継続が望ましい」が44.0%、「重度障害者等包括支援を使わない場合も、在宅重度者に対して現行のサービス体系で対応可能であり、本サービスの必要性は少ない」が24.0%となっており、継続が望ましいとする意見が多くなっている。

図表 62 サービスの必要性についての認識



重度障害者等包括支援の必要性について全事業所に聞いたところ、「重度障害者等包括支援ならではのメリットがあり、改善して今後も継続が望ましい」が44.0%、「重度障害者等包括支援を使わない場合も、在宅重度者に対して現行のサービス体系で対応可能であり、本サービスの必要性は少ない」が24.0%となっており、継続が望ましいとする意見が多くなっている。

サービスの課題や改善ポイント等についての意見を聞いたところ、以下のような意見が寄せられた。

- ・ ALS、重心、レスピーターを使用する利用を専門に支援している事業所です。単価が低すぎて常勤職員を配置できないと感じています。法人は介護職員に対して、医療従事者相当の賃金を支払っている。（1名年収600万）。重度訪問の区分6+レスピーター対象者+特定事1で1Hあたり3000円単価となり、年間1920H勤務=576万円となりぎりぎり職員の賃金が支払えるが赤字である。介保の身体介護や加算でトントンです。包括支援対象者が過去に支援していたが重度訪問に変更して頂いた。その後も計画相談支援の段階で包括ではない重度訪問での支給決定に変えて対応しています。
- ・ 18歳未満の超重心レスピーター使用のケースが増えている。NICU・小児医療の高度化により、在宅医療のサポートのもと、在宅と帰院を行き来して多くの子供を親御さんが24Hケアにあたっているが、都内の医療型短期入所は空きがでなくて月2~3日程度しか利用できない。また文字板やリップ等でコミュニケーションがとれる子供達も多いが入院時コミュニケーションは使えないため、学校の先生方も院までは訪問してくれないため、教育や療育を受ける権利をうばわれている。重度医療の対象範囲として18歳未満の超重心も可能であるのだから、報酬を2倍上げてください。そうすれば医療型短期入院や児童発達支援、外

部の居宅介護事業所にも委託が可能です。安いからとボランティアや地域の人に押し付けるわけにはいきません。もっとトータルケアができるシステムと単価にしなくては、本サービスの地域インクルーシブなケアができるためのサービスとはならないのですから。

- ・サービスの存在、必要性は、他の居宅介護、重度訪問介護等、サービスで代替可能と考えはしますが、選択できるサービスの選択肢を減らすことが、障害者の方々にとって、はたして好ましいものなのか？望むべきものなのか？は疑問です。その辺りの検証、検討は慎重に行うべきと考えます。
- ・制度自体が複雑で分かりにくい、支援者・利用者ともに利用しにくい。包括的なサービスよりも、別々のサービスを組み合わせの方がよいのではないのか？医ケアの人を受け止められる事業所がそもそもほとんど無い。
- ・京都市では重度訪問介護等の居宅支援の支給決定が柔軟に行われており、現状では看板は掲げているが利用が伴わない。
- ・ヘルパー不足により安定的に支援に入ることが出来ない。また、報酬単位が低いと事業者が育たないと考えます。
- ・夜間、日中とも目が離せない利用者さんばかりなため、人手が必要。採算性を上げる必要があるが、今の支援費では難しく、かといって利用者負担を引き上げるわけにもいかない。サービスの質を上げるため、支援費の増が望ましい。
- ・当方は全員が共同生活援助併用型のため、グループホームの定員がそのまま定員の枠になってしまい、利用者が固定されてしまっている。行動障害のある重度の知的障害、自閉症の方に対して、ここまで手厚い支援を行うグループホームはあまりないので、養護学校高等部の毎年の卒業生の方達を中心に潜在的なご利用の希望はたくさんあると思われるが、上記の利用メンバーの固定により、新規の受け入れが難しいことが以前からの課題である。
- ・全員がⅢ類型の行動援護対象者ではあるが、支援を続けた結果、行動障害の改善、行動内容が見られてきた。行動障害の全てが永続的に続くものではないとすると、Ⅲ類型の利用者の方については重度包括支援の「卒業」（利用終了）ということも目標になりうると思う。その「卒業」により、現在、人的、物的な資源を真に集中させる必要がある方を「次の利用者」としてスムーズにお迎えできる「通過型」の事業所を目指すことも重要であると考えます。
- ・Ⅲ類型の方々向けのサービスは常に職員をはりつけておく必要があり、かなりの人員を必要とする（少人数のGHでも毎晩1ホーム1名の夜勤者が必要）。支援に関する専門的知識や技術を持った職員を集める必要もあり、事業所運営のハードルはかなり高いのも課題である。
- ・報酬単価の増額。サービス提供責任者の専任という要件は必要なし。対象者が少ないのに、専任では置けない。
- ・国は包括的な報酬体系で、長時間サービス利用者にかかる費用を制限することを主たる目的として重度包括を導入した。その一方、サービス利用者である医療的ケアが必要な重度障害者にとっては、柔軟に運用できるサービスと、包括的な相談支援の実現を重度包括導入で期待していた。事業者にとってのメリットは、包括払方式の一定の報酬額内で、個々のサービスを報酬単位を自由に設定でき、重度訪問介護従業者に資格要件がないので利用者の多様なニーズに応じたサービスを柔軟に提供できることであるとされた。さらに利用者にとってのメリットは、心身の状態等に応じて複数のサービスが総合的にコーディネートされ、臨機応変に利用することができることとされていた。しかし、事業者にとっても利用者にとっても、現在の重度包括は使い勝手が悪く、包括は事業上個別サービスの組み合わせになっており、手間の割に介護報酬的にも事業者にとってはメリットはなく、これまで通りの個別サービスを組み合わせで提供した方が事

業者にとっては良いこと、また、利用者にとっても医療的ケアが必要な利用者が使えるサービスが自治体にはほとんどなく、柔軟に使えるサービスの組み合わせがそもそも難しい。現行制度において相談支援事業者が乱立してくると重度包括自体の存在が無意味となっているのではないか。

- ・利用人口の多いサービスについては報酬改訂の都度、加算改善等もあり、事業として黒字化に向かいつつあるが、重度包括についてはほぼ放置されたままであり、個別のサービス利用をした方がメリットが多いケースも多く見受けられる。包括的にサービスを提供するという観点については必要だが、近年の相談支援事業の位置付け強化に伴い、重度包括として行うことにどれくらいの意味があるのかは疑問である（相談支援事業が毎年莫大な赤字を出すことを考えると、これ以上相談支援事業所に負担を強いるわけにもいかないが）。また、現状では重度包括事業を実施するにあたっての事務経費の出处が一切無いため、基本的に「やればやるほど赤字」になる。現行法は全体的に小規模法人には非常に厳しいものになっており、その中でもこういった赤字前提の事業が存在することは、安定した事業継続実現への足かせとなります。