

今後の障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案)

平成16年10月12日

厚生労働省障害保健福祉部

本案の位置づけ

本案は、厚生労働省としての試案であり、今後、関係審議会の意見を聴き、関係機関等との調整を行い、地域の基盤や実施体制の整備に一定の準備期間を要する項目と、制度の持続可能性の確保の観点からできる限り速やかに実施すべき項目等に区分して、実施スケジュール等を整理するものである。

なお、精神障害固有の問題については、本案に記載するものの他、「精神保健医療福祉の改革ビジョン(厚生労働省精神保健福祉対策本部 平成16年9月)」に基づき、改革を進める。

また、介護保険制度との関係については、基本的考え方、論点について、別途整理して、提示する予定である。

今後の障害保健福祉施策の基本的な視点

1 障害保健福祉施策の総合化

身体・知的・精神等と障害種別ごとに対応してきた障害者施策について、『市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備』する中で、創意と工夫により制度全体が効果的・効率的に運営される体系へと見直し、『地域福祉を実現』することが必要である。

2 自立支援型システムへの転換

障害者施策について、政策のレベルにおいて、保護等を中心とした仕組みから、『障害者のニーズと適性に応じた自立支援』を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による『自己実現・社会貢献』を図ることが重要である。また、これにより、地域の活性化など、地域再生の面でも役割を果たすこととなる。

3 制度の持続可能性の確保

現行の支援費制度や精神保健福祉制度は、既存の公的な保険制度と比較して制度を維持管理する仕組みが極めて脆弱であり、必要なサービスを確保し障害者の地域生活を支えるシステムとして定着させるため、国民全体の信頼を得られるよう『給付の重点化・公平化』や『制度の効率化・透明化』等を図る抜本的な見直しが不可欠である。

改革の基本的方向

現行の制度的課題を解決する

1 市町村を中心とするサービス提供体制の確立

- 1) 福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国・都道府県による支援体制の確立
- 2) 障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入
- 3) 各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備
- 4) 障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み

2 効果的・効率的なサービス利用の促進

- 1) 市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入
- 2) 利用決定プロセスの透明化
- 3) 障害程度に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化
- 4) 人材の確保と資質の向上

3 公平な費用負担と配分の確保

- 1) 福祉サービスに係る応益的な負担の導入
- 2) 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し
- 3) 障害に係る公費負担医療の見直し
- 4) 国・都道府県の補助制度の見直し

新たな障害保健福祉施策体系を構築する

1 障害保健福祉サービス体系の再編

- 1) 総合的な自立支援システムの構築
- 2) 障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し
- 3) 権利擁護の推進とサービスの質の向上
- 4) 新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入

2 ライフステージに応じたサービス提供

- 1) 雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施
- 2) 極めて重度の障害者に対するサービスの確保
- 3) 障害児施設、事業のサービス体系の見直し

3 良質な精神医療の効率的な提供

- 1) 精神病床の機能分化の促進と地域医療体制の整備
- 2) 入院患者の適切な処遇の確保
- 3) 精神医療の透明性の向上

介護保険との関係整理(別途整理)

1 現行の制度的課題を解決する

(1) 市町村を中心とするサービス提供体制の確立

【基本的な考え方】

障害者サービスについては、段階的に都道府県から市町村にその実施主体を移してきているが、障害種別等ごとに実施状況には大きな差異があり、またサービス提供を実施している市町村でも、制度的に障害やサービスの種類ごとに提供主体が異なるものがあることから、一貫した効果的・効率的なサービス提供や財源配分が困難な状況にある。

今後、障害者の福祉サービスについては、年齢、障害種別、疾病を超えて、「実施主体を市町村に一元化」した上で、「国、都道府県が効果的に支援」しつつ市町村の創意と工夫により制度全体が効果的・効率的に運営される体系へと見直し、「地域福祉の実現」と「全国的に均衡ある提供体制の確保」の両立を図ることが必要である。

このため、各障害を通じて、市町村が具体的なサービス提供を効果的・効率的に実施できるよう、市町村、都道府県、国の役割を統一的に見直し次のような観点から新たな体制を確立する。

< 主な課題 >

- ・ 福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国や都道府県による支援体制の確立
- ・ 障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入
- ・ 各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備
- ・ 障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み

< サービス実施主体の現状 >

	身体	知的	障害児	精神
在宅	市町村	市町村	市町村	市町村
施設	市町村	市町村	都道府県等	都道府県等
うち福祉工場	都道府県等	都道府県等		

< 在宅サービスを実際に提供した市町村数(全市町村に占める割合) >

	身体	知的	障害児	精神
ホームヘルプサービス	2,491 (78%)	1,706 (53%)	1,190 (37%)	1,671 (52%)
デイサービス	1,624 (51%)	1,101 (34%)	1,456 (46%)	
ショートステイ	967 (30%)	1,643 (51%)	1,583 (50%)	531 (17%)

身体、知的、障害児は平成 16 年 1 月、精神は平成 16 年 3 月のデータ

【見直しの具体的な内容】

1) 福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国や都道府県による支援体制の確立

市町村

障害者への福祉サービスの効果的・効率的・総合的な提供を実現するため、障害種別を問わず、市町村が一元的に実施主体となりニーズを把握して計画的にサービス提供を行うものとし、精神障害者社会復帰施設や福祉工場(身体・知的)に関する事務、障害児施設の措置事務を都道府県事務から市町村事務に段階的に移譲する。

障害児については、被虐待等の要保護性を有す者に係る実施主体の問題があり、現在国会に法案が提出されている虐待防止対策を含む児童福祉法の改正動向等を踏まえ、概ね5年後の施行を念頭に3年以内に結論を得る。

都道府県

障害者への福祉サービスについては、市町村の広域的・技術的支援、都道府県内のサービスの量的・質的水準の向上を担うものとし、都道府県内の障害保健福祉サービス提供体制の計画的な整備、利用者偏在等に基づく市町村間の格差調整等を行う。

小規模な市町村等における円滑な事務執行の導入のため、広域連合等の枠組みの積極的な活用を進める。

国

全国的な障害保健福祉サービスの向上を図る観点から、地方が策定する計画に基づき国としてのサービスの整備に関する計画を定め、障害保健福祉サービスの提供体制の整備や広域連合等の活用に係る都道府県の支援、利用者偏在等に基づく都道府県間の格差調整等を担う。

2) 障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入

市町村が、障害者のニーズ把握等に基づき、サービス提供量等の目標の記載を義務づけた障害保健福祉計画を策定することを制度化する。

都道府県が、市町村のサービス提供等の計画に基づき、都道府県内のサービス供給体制の整備目標に関する障害保健福祉計画を策定することを制度化する。

国は、障害保健福祉サービスに係る基本指針の策定を制度化する。

市町村と都道府県の計画は障害者基本法に基づく障害者計画と一体のものとして策定する。

3) 各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備

市町村やサービス提供者の事務の簡素化・効率化と、地域におけるサービス提供の効果的な実態把握を進めるため、報酬請求事務等の電算化、外部化(国保連等)を進める。

地域での身体・知的・精神等に共通した障害保健福祉サービス等に関する検討を進めるため、社会福祉法に基づく地方社会福祉審議会が精神保健福祉に関する事項を検討することとした場合には、地方精神保健福祉審議会を置かないことができること等を検討する。

4) 障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み

「精神分裂病」の「統合失調症」への名称変更を行う。

各障害共通に普及啓発、広報活動を推進する。特に、精神障害については、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気である」ことについての認知度を概ね10年後に90%以上とすることを目標とし、国民的な運動を進める。

(2) 効果的・効率的なサービス利用の促進

【基本的な考え方】

平成 15 年度の支援費制度の施行や平成 14 年度の精神障害者居宅生活支援事業の本格的な実施の後、居宅生活支援の関係費用は、サービス利用者の増加（実施市町村数の増加、実施市町村におけるサービス普及）、一人当たり利用額の増加等により必要額が急増している。今まで、必要なサービスを受けられなかった者へサービス提供がなされるという積極的意義がある一方で、既存の公的保険制度等と比較して制度を維持管理する仕組みが極めて脆弱なことから、より効果的・効率的なサービス利用となるよう制度の見直しが必要となっている。

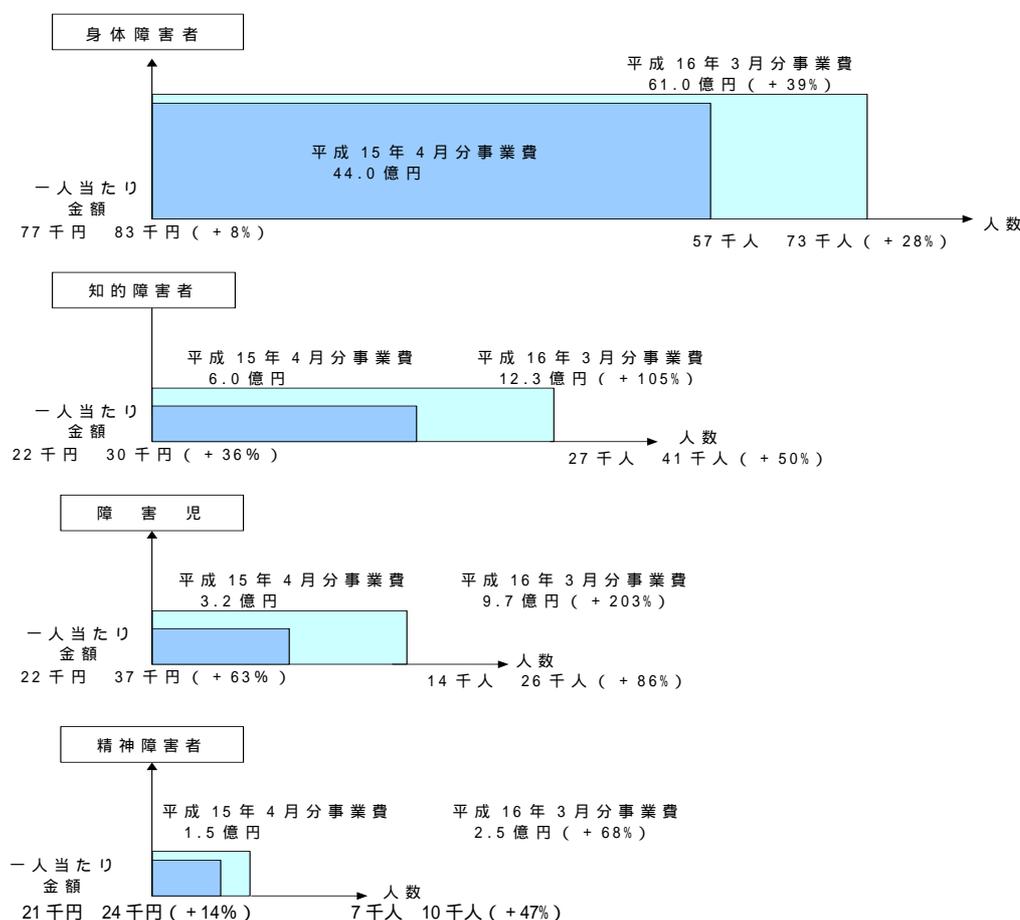
障害者のニーズは多様であるが、自ずとその水準に限界がある国民負担により障害者サービスが賄われる以上、制度の持続可能性を確保するためには、「制度を維持管理する仕組みを確立」し、負担者である国民全体が納得し得る「客観的・合理的な基準、手続き」に基づき運営されることが必要である。

このため、各障害を通じて、市町村が具体的なサービス提供を効果的・効率的に実施できるよう、制度全体を次のような観点から見直し、障害者の安心確保と制度への国民の信頼を確立する。

< 主な課題 >

- ・ 市町村を基礎とした重層的な障害者相談体制の確立とケアマネジメント制度の導入
- ・ 利用決定プロセスの透明化
- ・ 障害程度に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化
- ・ 人材の確保と資質の向上

< ホームヘルプサービスの増額の内訳 >



【見直しの具体的な内容】

1) 市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入

市町村は、地域の障害者の福祉に関する各般の問題につき、主として居宅において日常生活を営む障害者又はその介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う等の障害者の自立等に必要な相談支援を実施する。

都道府県は市町村が行う判定等に係る支援、居住支援等の広域的な対応や危機介入等の専門性の高い対応等を実施する。

市町村、都道府県が自ら相談支援体制を確保できない場合には、「相談支援事業者」に委託できるような法的な整備を行い、国の定めるケアマネジメント従事者研修を修了している者を置くことを義務づける。

市町村が行う障害者サービスの判定等を技術面において支援するため、現在、都道府県等に置かれている身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センターの機能再編や職種の必置規制の見直し、判定の標準化等も含め、市町村支援機能の強化を図る。

2) 利用決定プロセスの透明化

個別給付を受けようとする者は、利用申請に際し、自ら又は相談支援事業者等の支援を受けて、その心身、家族などの状況に応じたサービスの利用計画案を作成し、当該計画案を利用申請書に添付することとする。

個別給付の利用決定に際しては、当該計画案のほか、当該地域の実際のサービス提供状況等を勘案して行うこととする。また、利用決定について、その適正な実施を確保するため、市町村又は広域での審査会設置、都道府県の専門機関への意見照会等の仕組みを導入する。

個別給付の利用決定を受けた者のうち、複数のサービスの利用が必要な者、長期入所・入院から地域生活に移行する者など計画的なプログラムに基づく自立支援が必要な者については、「自立支援計画」を作成(個別給付の対象)し、計画に基づき、サービス利用のあっせん・調整・契約援助などの支援を行う仕組みとする。

個別給付の利用決定を受けた者のうち継続利用する者は、一定期間ごとに、市町村又は相談支援事業者、利用に係る再評価等を受ける仕組みとする。

3) 障害程度等に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化

各サービス共通の尺度として、支援の必要度等からの尺度を開発し、新たに客観性のある障害程度区分を設定する。当面は、介護的側面については、要介護認定基準を基本に障害種別の特性を踏まえた尺度を組み合わせ、自立支援的側面については、障害種別の特性を踏まえた尺度により設定する。

障害程度等に応じた標準的なサービスモデルやサービス利用状況等も踏まえ、当該区分別の標準的な費用額を設定し、国庫配分や利用決定の目安として活用する。

4) 人材の確保と資質の向上

都道府県は、国が定める指針を参考とした評価基準に基づき、障害者の相談支援を担当する人材の養成研修の実施や相談支援事業者の評価等を行う。

国は、国の機関又は専門性を有する民間機関を活用して、都道府県で人材育成を担う者の養成システムを確立するとともに、相談支援業務の評価手法を開発する。

(3) 公平な費用負担と配分の確保

【基本的な考え方】

制度を維持管理する仕組みの確立と客観的・合理的な基準、手続きに基づく運営などによる制度への信頼性の向上と併せて、利用者の公平な負担と財政責任の確立により、制度の公平性と持続可能性の確保を図ることが必要である。

利用者負担の見直し

行政処分による制度とは異なり、利用者と提供者の契約を基本とする制度においては、利用者負担は、制度運営の公平性を確保する重要な要素であるが、現在の所得別の負担水準は、他の契約による制度と比較して極めて低い水準であり、負担能力の乏しい者へ配慮しつつ、他制度と同様、契約した本人について「受けたサービス量に応じた負担」、「入所施設と地域生活の均衡ある負担」を求める仕組みを導入することが必要である。

このため、各障害を通じて、利用者負担の公平化を図る観点から、次のような利用者負担の見直しを行う。

< 主な課題 >

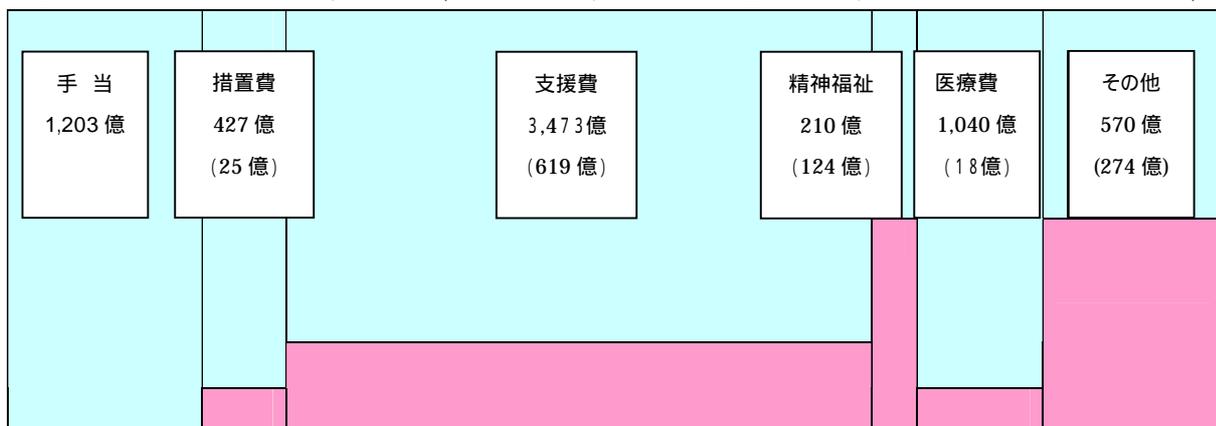
- ・ 福祉サービスに係る応益的な負担の導入
- ・ 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し
- ・ 障害に係る公費負担医療の見直し

国・都道府県の補助制度の見直し

こうした利用者負担の見直しや制度を維持管理する仕組みの強化と並行して、障害保健福祉サービスに対する国費配分については、その水準に限界がある国民負担で賄われる財源の効果的な配分という観点から、入所サービス中心から自立支援サービス中心へ、医療費負担の軽減措置から地域福祉サービスの確保等へと「配分の重点の変更」を進めつつ、福祉費（施設・在宅）についても、国が「他制度と均衡のとれた財政責任」を持つ仕組みへ改めることが必要である。さらに、国全体として均衡ある障害者サービスの発展を確保するため、「地域間格差を調整する機能」を高めていくことが必要である。

< 障害保健福祉関係の財政構造 >

障害保健福祉部平成 16 年度予算総額 6,942 億円（義務的経費 5,873 億円、裁量的経費 1,060 億円、公共投資関係 9 億円）



- 1 上図には公共投資関係は含まれていない。また、()内の数値は裁量的経費の額を示している。
- 2 施設訓練等支援費に係る医療費は、医療費ではなく支援費で整理している。

< 各制度の利用者負担の比較(在宅・入院外) >

各制度の利用者負担の現状

在宅サービス利用者の多数の者について利用者負担がないほか、他制度と比較すると、同程度の所得水準でも利用者負担限度額が低くなっている。福祉サービス利用者には、生活保護世帯、市町村民税非課税世帯の割合が多い。ホームヘルプは所得階層と利用時間で負担額が決まるが、支援費制度については比較的短時間の利用で該当する負担上限額が設定されている。

区分	支援費制度 (ホームヘルプ)		精神障害者 (ホームヘルプ)		介護保険制度 (1割)		老人保健制度 (1割又は2割) (下線は多数該当 1)		健康保険制度 (2割又は3割) (下線は多数該当 1)	
	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)
生活保護受給等	0	18	0	42	15,000	2	15,000	15		
市町村民税非課税	世帯非課税	0	77	0	24,600	29	24,600	16	35,400 (24,600)	
	本人非課税									
所得税非課税	市町村民税のうち均等割のみ課税	1,100 (30分あたり50円)	2	0	51		40,200	57	72,300 + 医療費1% (2) (40,200)	
	市町村民税のうち所得割課税									
課税	2,200 (30分あたり150円) ↓ 全額	3		時間当たり負担額 × 利用時間数 時間当たり負担額は、所得税額に 応じ250～950円	7	37,200	26	課税所得 124万以上 72,300 + 医療費1% (2) (40,200)	月収56万以上 139,800 + 医療費1% (2) (77,700)	
実効負担率	1.3%(H15)		1.5%(H15)		10.3%(食費込・H14)		8.7%(食費込・H14) 3		20.6%(食費込・H13) 3	

- 1 多数該当とは、同一世帯で直近12ヶ月に高額医療費の支給月数が3ヶ月以上ある場合、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減されるもの。
- 2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000又は466,000円)
- 3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

< 各制度の利用者負担の比較(入所・入院) >

各制度の利用者負担の上限の現状(入所・入院)

区分	支援費制度				介護保険制度		老人保健制度		健康保険制度	
	身体障害者本人・ 入所施設		知的障害者本人・ 入所施設		1割負担(数字は上限額) + 食費の標準負担額		1割又は2割(数字は上限額) + 食費の標準負担額		2割又は3割(数字は上限額) + 食費の標準負担額	
	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)
生活保護受給等	0	7	0	0.6	15,000 + 300 × 入所日数	2	15,000 + 300 × 入院日数	15		
市町村民税非課税	世帯非課税	0	7	0.6	24,600 + 500 × 入所日数	29	24,600 + 500(650) × 入院日数 1	16	35,400 + 500(650) × 入院日数 1	
	本人非課税				43					
所得税非課税	市町村民税のうち均等割のみ課税	0 ↓ 更生・授産 53,000 (入所3年 未滿は 32,000)	0 ↓ 更生・授産 53,000 (入所3年 未滿は 32,000)	0.6	37,200 + 780 × 入所日数	26	40,200 + 780 × 入院日数	57	72,300 + 医療費1%(2) + 780 × 入院日数 (40,200)	
	市町村民税のうち所得割課税						課税所得 124万以上 72,300 + 医療費1%(2) + 780 × 入院日数 (40,200)	12	月収56万以上 139,800 + 医療費1%(2) + 780 × 入院日数 (77,200)	
課税	療護 96,000									
実効負担率	9.2%(H15)		11.8%(H15)		10.3%(食費込・H14)		8.7%(食費込・H14) 3		20.6%(食費込・H13) 3	

- 1 500円は直近1年間の入院期間が90日超の場合であり、650円は直近1年間の入院期間が90日以下の場合である。
- 2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000又は466,000円)
- 3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

< 各制度の利用者負担の比較(公費負担医療等) >

各制度の利用者負担の比較(公費負担医療等)

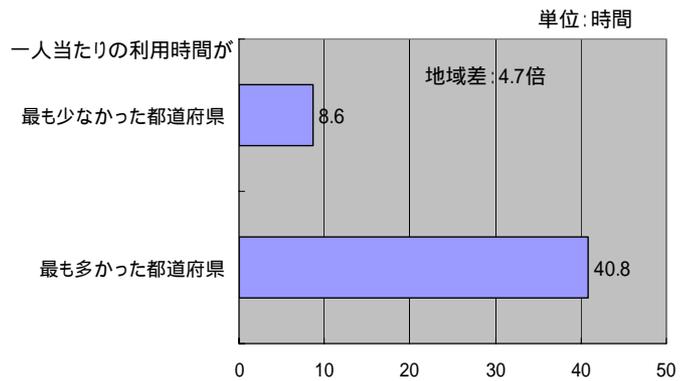
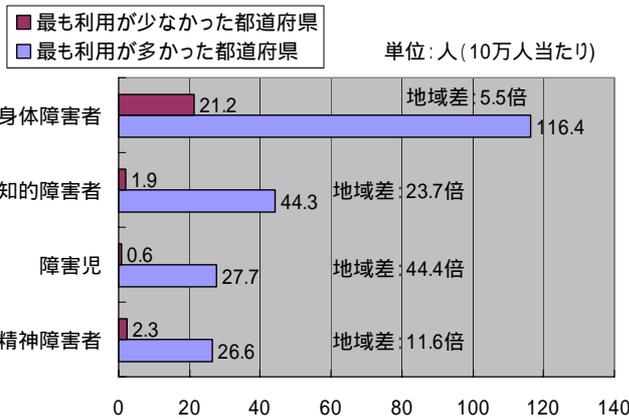
区分	精神障害者通院 公費(平成15年 度月平均受診者 数:約76万人)		更生医療 (平成15年度受給者; 約83万人)		育成医療 (平成15年度受給者; 約5万人)		健康保険制度 2割又は3割 (数字は上限額) + 食費の標準負担額	老人保健制度 1割又は2割(数字は上限額) + 食費の標準負担額	
	金額(円)	分布 (%)	金額(円) (下線は通院の場合)	分布 (%)	金額(円) (下線は通院の場合)	分布 (%)	金額(円)	金額(円)	分布 (%)
生活保護受給等					0	0.5		15,000 + 300 × 入院日数	15
市町村民税 非課税	世帯非課税	医療費 の5% (月額 負担は 医療保 険で対 応)	0	33.9	2200 (1,100)	10.0	500(650) × 入院日数 ¹	24,600 + 500(650) × 入院日数 ¹	16
								本人非課税	
所得税 非課税	市町村民税のうち 均等割のみ課税	医療費 の5% (月額 負担は 医療保 険で対 応)	4,500 (2,250)	10.4	4,500 (2,250)	5.9	72,300 + 医療費1%(²) + 780 × 入院日数 (40,200)	40,200 + 780 × 入院日数	57
	市町村民税のうち 所得割課税		5,800 (2,900)	5.2	5,800 (2,900)	7.0		課税所得124万以上	
課税			6,900 (3,450) }	50.5	6,900 (3,450) }	76.5	月収56万以上 139,800 + 医療費1%(²) + 780 × 入院日数 (77,700)		72,300 + 医療費1%(²) + 780 × 入院日数 (40,200)
実効負担率 (平成15年度)	5%		0.8%(食費込・H14)		13.5%(食費込・H15)		20.6% (食費込・H13) ³	8.7% (食費込・H14) ³	

- 1 500円は直近1年間の入院期間が90日間超の場合であり、650円は直近1年間の入院期間が90日以下の場合である。
- 2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000円又は466,000円)
- 3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

< ホームヘルプサービス利用の地域差(都道府県比較) >

サービス利用のすそ野の広がり(普遍化の度合い)の差異

一人当たりの利用時間の差異



【見直しの具体的な内容】

1) 福祉サービスに係る応益的な負担の導入

契約に基づきサービス量を決定する仕組みであること、またサービスの利用に関する公平を図る観点から、サービスの量に応じて負担が変わる応益的な負担を導入し、利用額に応じ、利用者がサービス事業者を支払うものとする。負担率については、適切な経過措置を講じつつ、他の同様の制度における負担率を勘案して設定するものとし、これに併せて扶養義務者の負担は廃止する。

応益的な負担の導入に併せて、家計に与える影響等を勘案し、一定の負担上限(毎月)を設定する。当該負担上限額については、他の同様の制度における上限額を勘案して設定するものとし、他制度と均衡を図りつつ、負担能力の乏しい者については低い負担上限額を設定する。

上記の措置によっても、利用に係る負担をすることができない者については、個別の申請に基づき、生計を一にする家族の負担能力を勘案し、減額できる仕組みを導入する。なお、生計を一にする家族の範囲については、支援費制度や他制度の仕組みも踏まえて検討する。

2) 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し

入所施設利用の場合と地域生活する場合との費用負担の均衡を図るため、入所施設利用中の医療費(障害に係る公費負担医療制度の対象となる場合を除く)、食費、日用品費については、自己負担とする。また、個室利用(症状等から個室利用が不可欠な場合を除く)に係る施設利用料や長期入所など施設が生活の場となっている場合の施設利用料についても自己負担とすることを検討する。

なお、負担能力の乏しい者に係る食費、施設利用料については、他制度との均衡を図りつつ、別途、負担軽減措置を検討する。

3) 障害に係る公費負担医療の見直し

精神通院公費、更生医療及び育成医療といった障害に係る公費負担医療制度は、福祉サービス等の基礎的なサービスとは異なり、基本的には医療保険に係る自己負担分を軽減する仕組みとして機能しており、制度運営の効率化、財源配分の重点化の観点から、現行制度を見直す。

具体的には、医療保険制度で行われている低所得者対策や長期疾病対策等を基礎に、制度の対象を、負担能力の乏しい者、重度障害のため長期療養により継続的な費用負担が発生する者等に重点化し、利用者負担については、福祉サービスに係る負担の見直しと同様に、応益的な負担を基本とし、一定の負担上限額を組み合わせる仕組みに統一する。また、原則として、入院患者の食費については自己負担とし、負担能力のない者については、別途、負担軽減措置を検討する。

精神通院公費については、他の公費負担医療と同様に指定医療機関制度を導入する。

4) 国・都道府県の補助制度の見直し

個別給付に係る国・都道府県の補助制度については、利用者負担の見直しや制度を維持管理する仕組みの強化等の制度的課題を解決することを前提に、次のような見直しの検討を進める。

国、都道府県が義務として支弁する仕組みとし、利用状況に応じて一律に支払う分と、地域間格差を調整しつつ国、都道府県全体として均衡のとれた整備を促していくために使用する分（調整交付金）で構成する。

都道府県は、障害保健福祉サービス提供体制の計画的な整備等を責任を持って進めていくため、障害種別、実施主体、サービスの種類等に関わらず、統一的に負担を持つものとする。

利用状況に応じて一律に支払う国及び都道府県の額については、障害程度区分ごとに設定される標準的な費用額に利用者数を乗じて算定される額を上限として、実際に要した費用額の一定割合とする。なお、標準的な費用額については、定期的に見直す。

個別給付の調整交付金については、重度障害者の偏在の調整、サービス提供が遅れている地域の支援、サービスの質の向上の取り組みや効果的なサービスの提供を促す等の観点から、具体的な指標等を明確にして、国は都道府県間の調整を行うものとし、都道府県は国からの調整交付金と都道府県の一定の負担を用いて市町村間の調整を行うものとする。

2 新たな障害保健福祉施策体系の構築

(1) 障害保健福祉サービス体系の再編

【政策目標】

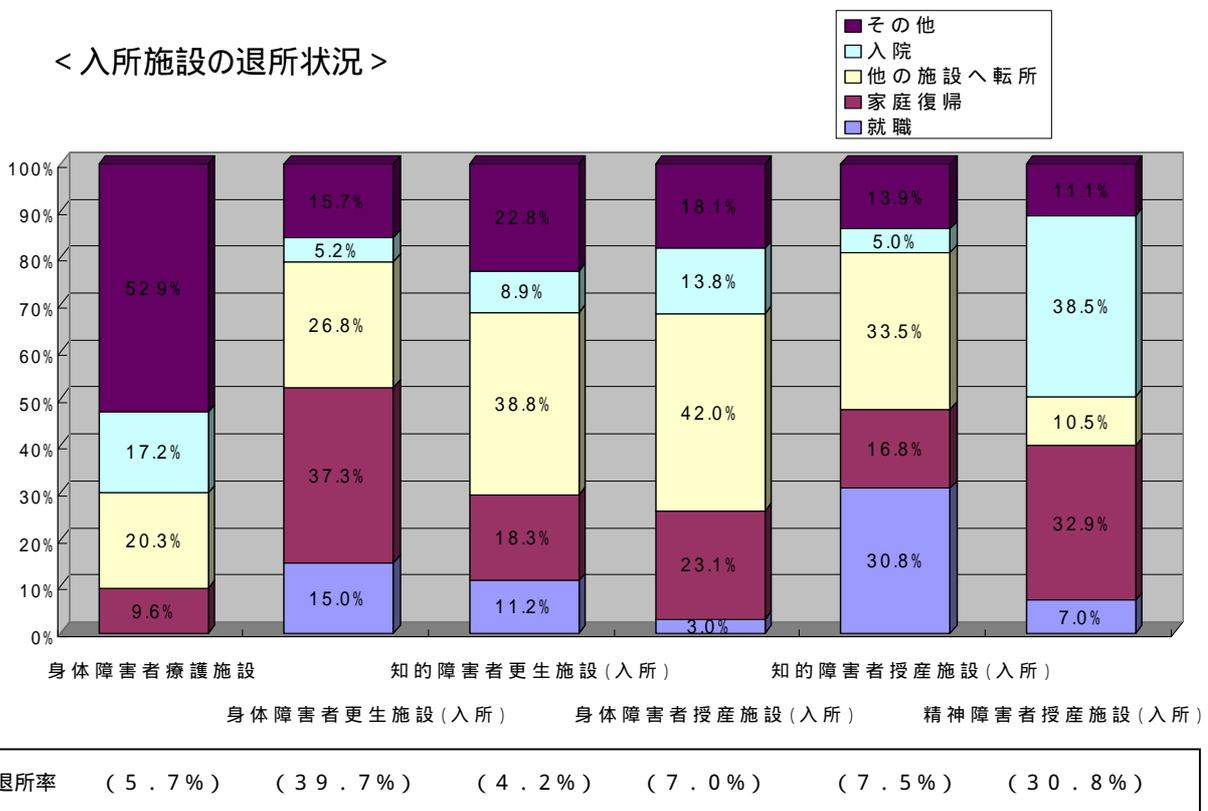
障害関係制度の政策効果・効率性を高め、障害者の「自己実現・社会貢献」を図っていくため、障害種別共通の自立支援型システムを体系的に整備することが重要である。障害程度等に応じて提供される介護的な給付に加え、統一的な体系の下、就労支援等の自立支援サービスが個別給付又は事業形態で効果的に提供される「総合的な自立支援システム」を確立する。

既存の施設や事業については、ニーズに必ずしも適合した体系となっていないこと等から、結果的にいわゆる通過施設等において障害程度や適性に関係なく「滞留」が常態化するなど、本来果たすべき機能が十分に発揮されていない。また、重度の高次脳機能障害等のいわゆる「障害種別の狭間」の問題も顕在化している。このため、サービス体系を「機能に着目して再編」し、支援の必要度に応じて、効果的・効率的にサービスが提供される「各障害共通の体系」を確立する。

< 主な課題 >

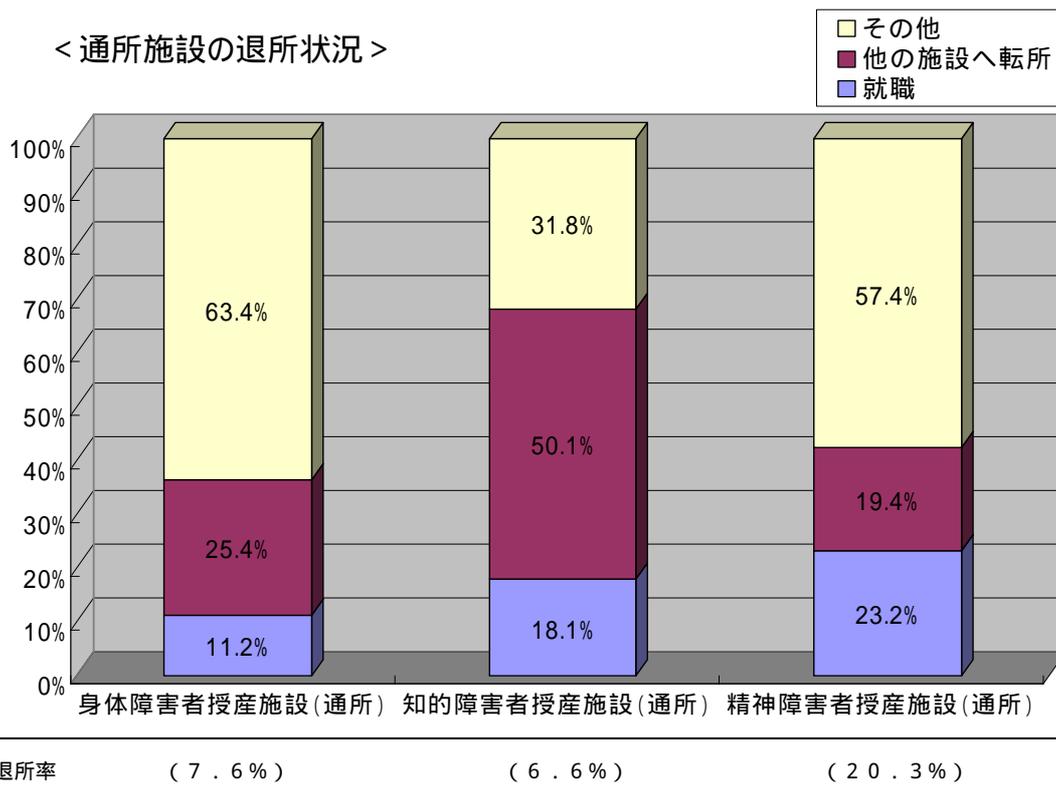
- ・ 総合的な自立支援システムの構築
- ・ 障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し
- ・ 権利擁護の推進とサービスの質の向上
- ・ 新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入

< 入所施設の退所状況 >



【資料出所】 社会福祉施設等調査(平成 12 年)

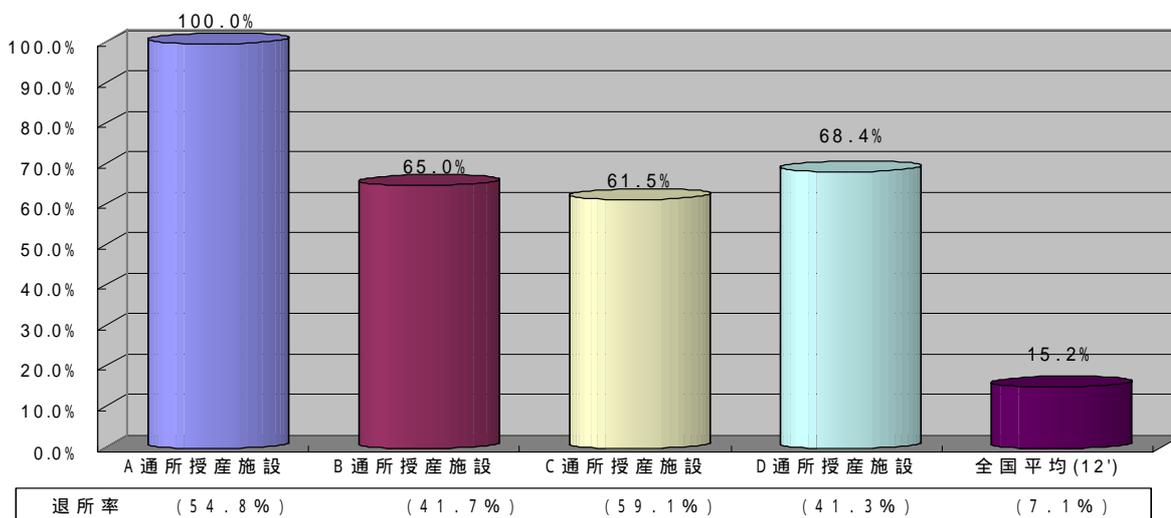
< 通所施設の退所状況 >



【資料出所】 社会福祉施設等調査(平成 12 年) 通所更生施設の退所状況は統計上把握していない。

< 就労支援で成功している施設の退所状況 >

退所者のうち就職を理由に退所する割合



【資料出所】 厚生労働省障害保健福祉部調べ
 全国平均は、社会福祉施設等調査(平成 12 年)

【見直しの具体的な内容】

1) 総合的な自立支援システムの構築

身体・知的・精神等の障害共通の仕組みとして、障害程度等に応じて、次のような給付・事業が提供される総合的な自立支援システムを構築する。

障害者介護給付 介護に係る個別給付
障害者自立支援給付 障害者の適性に応じた明確な目的の達成に向けた個別給付
障害者地域生活支援事業 基礎的なサービスであるが地域の特性や利用者の状況に応じ柔軟な事業形態の方が個別給付とするよりは、効果的・効率的なもの

個別給付(障害者介護給付、障害者自立支援給付)を利用する場合には、個々の障害者の適性を踏まえ明確な目的を持った適切な支援が行われるよう、市町村又は委託を受けた相談支援事業者による事前のアセスメントと定期的な再評価を受けて行われるものとする。

複数のサービスが必要な者、長期入所・入院から地域生活に移行する者など計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者等に係る個別の「自立支援計画」の策定費として支援計画策定費を給付する。

個別給付以外のサービスを受ける場合についても、相談支援事業者の適切な支援を受けられる体制を整えるとともに、サービス事業者の適正な運営が確保されるよう、利用者に関する基準の明確化、市町村や相談支援事業者によるサービス事業者の評価などの仕組みを設ける。

地域生活支援事業のうち、地域相談支援、移動介護、コミュニケーション支援等、特に全国的に行われる必要のある基本的な事業については法定化する。

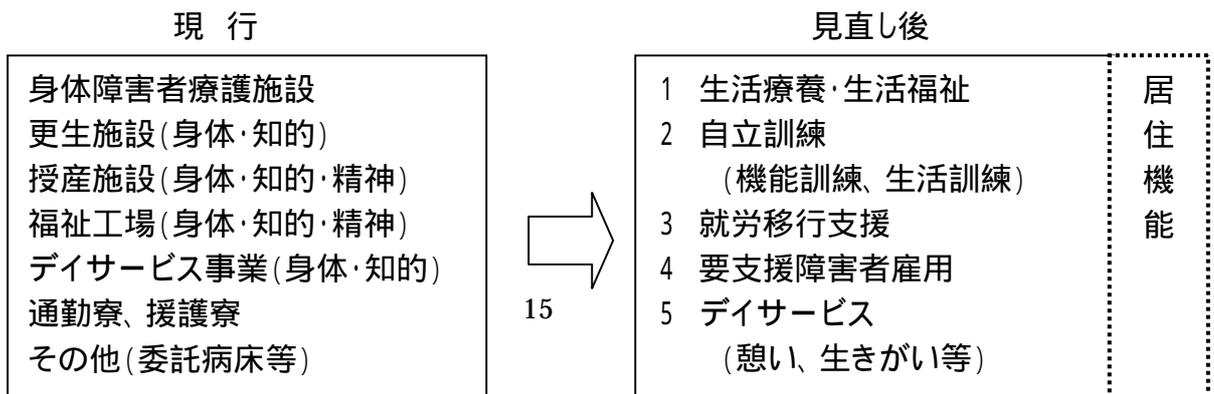
地域生活支援事業の財源については、市町村・都道府県の創意と工夫がより活かされるとともに、地域間の取り組みの差異が調整できるような、現行の補助制度とは異なる国費の支払制度も検討する。

2) 障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し

(通所・入所施設等の再編)

既存の施設を、生活療養(医療型)・生活福祉(福祉型)、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援、要支援障害者雇用等の機能に応じ事業として再編し、それぞれの事業ごとに標準的な支援プログラムを整備する。

再編後の事業の実施主体については、社会福祉法人の他、NPO 法人等広く運営可能となるような法的な整備を図る。



就労移行支援型の事業については、企業等での就労へ円滑に移行するという明確な目的のために期間を定めた効果的な支援を行うことを基本的な特徴とし、施設外授産や職場適応訓練等の効果的な活用を図るプログラムとする。

要支援障害者雇用(就労継続支援)型の事業については、運営主体が障害者と雇用関係を結び継続的な就労を前提とすることを基本的な特徴とするが、既存の福祉工場と異なり、障害者以外の者の雇用を可能とすること、職員・設備等の必置規制を緩和すること等を進める。

障害特性や年齢等により一般就労が困難な障害者については、生活福祉事業において、その適性に応じ何らかの創作活動や一定の工賃を得ることのできる活動等の支援プログラムを提供する。

事業を行う上で必要となる最低限の利用者数を各事業共通で運営単位として設定した上で、当該運営単位を一又は複数の事業の合計で超えること、それぞれの事業種別ごとに設定する必要な利用者数を確保すること等を条件に複数の機能を有した多機能型の事業形態を可能とする。

各事業を通じて、利用者のプログラム等に基づく活動に伴い生じる収益について、自立支援意欲を高める観点から、利用者に還元する仕組み(工賃の支払い等)を確保する。

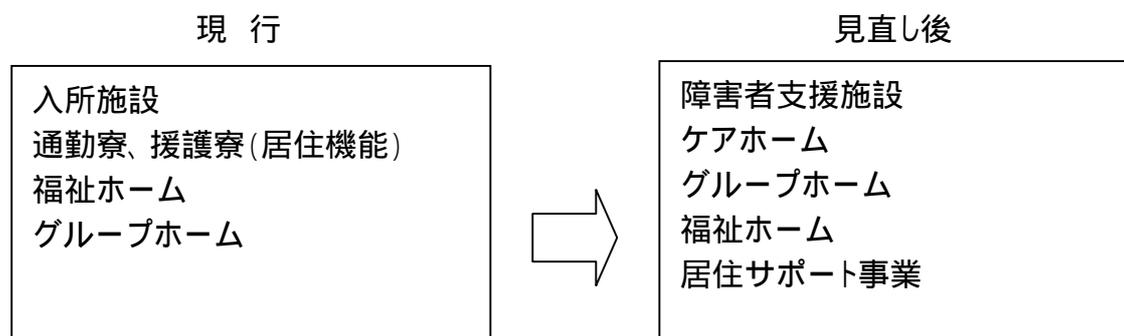
既存のデイサービス事業のうち、憩い、生きがい等を中心とした事業は、効果的かつ柔軟なサービス提供が行えるよう個別給付ではなく地域生活支援事業の一類型と位置づける。

入所施設については、新たな居住支援の体系に移行するものを除き、障害者支援施設として位置づけ、生活療養・生活福祉、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援の事業を選択する仕組みとする。障害者支援施設の利用者は、当該施設以外の施設等が提供する通所型の事業を利用できるものとする。この新たな施設の設置主体に対しては、利用者の権利擁護の観点等から、通所による事業者より、厳しい規制の下に置くものとする。

障害者支援施設は地域に開かれたものとするため、選択した事業に係る要件を満たせば、入所者だけではなく地域の障害者も利用を可能とする。

(居住支援サービスの再編)

居住支援サービスは、障害者支援施設、障害者ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム、居住サポート事業の5類型とし、個別給付又は地域生活支援事業の対象とする。



障害者ケアホームは、日中は各種通所事業を利用する重度の障害者等を対象に夜間や休日等のケアを提供する事業とする。

グループホームは、日中は就労や生活訓練、就労移行支援等の通所事業を利用する障害者を対象に日常生活上の世話等を行う事業とし、福祉ホームは障害者に住居を提供する施設とする。

居住サポート事業は、障害者の一般住宅への入居を推進していくため、緊急時の連絡先や身元保証を求め一般住居提供者等のニーズに対応する等の入居を支援する事業であり、障害保健福祉圏域ごとに体制整備を進める。

地域の居住支援サービスの充実と併せて、公営住宅等の一層の活用に向けた枠組みについて、厚生労働省と国土交通省との間で検討し早急に結論を得る。

3) 権利擁護の推進とサービスの質の向上

相談支援体制の整備と併せて、障害者の権利擁護を推進するための体制整備を進める。

施設設置者、事業者等に対し、当該事業に係る主要な情報を施設内掲示等を行うこと、入所期間、退所者の状況や就労の実績などについて機能別の標準的なサービス評価基準に基づき、定期的に自己評価を行うことを義務化する。

障害者関係施設、事業に係る第三者による評価の仕組みを計画的に整備する。

4) 新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入

現行の精神障害者社会復帰施設、福祉工場(身体、知的)の報酬については、施設単位の報酬支払方式となっているが、サービスの質と効率性の向上、制度の公平を図る観点から、施設ごとの努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直す。また、これに伴い、報酬請求実務の簡素化・効率化を進める。

個別給付の報酬体系も、総合的な自立支援システムの体系化による施設・事業の再編に基づき、それぞれの機能ごとに評価する仕組みとし、具体的には、次のような視点から評価を進める。また、通過することを前提とした一定の種類の施設・事業については、支給期間の有期化、評価に基づく更新制等を導入する。

障害者介護給付 : 事業類型、障害程度等

自立支援給付 : 事業類型、事業実績等

例えば、障害者支援施設に入所して、標準期間内で自立訓練型のサービスを受ける重度の障害者については、障害者介護給付として、基礎部分(ケア付き居住支援)の給付を受け、自立支援給付として、事業実績等に応じた自立訓練に係る給付を受けることとなる。

施設や事業に関する報酬については、適切にコストを反映させる観点から、定期的に経営実態調査を行い、適宜、見直しを行うルールを確立する。

(2) ライフステージに応じたサービス提供

【政策目標】

就労等による社会貢献・自己実現を図る青壮年層の就労支援を進めるため、再編された施設・事業のサービス体系の下、「雇用施策と連携」を図りつつ、個々人の適性を踏まえ明確な目標を持った計画的な取り組みに基づき計画的に就労につなげる体制を確立する。

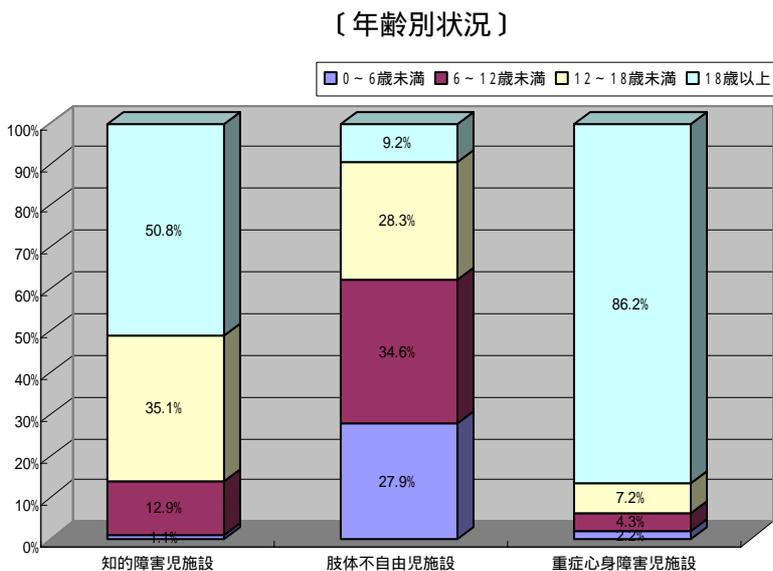
常時医療のニーズも高い又は強度の行動障害がある極めて重度の障害者については、対象者を明確にし、適切な処遇を確保する。

障害児についても、適切な発達を促していくため、教育と連携を図りつつ「発達支援・育児支援システム」を、障害者と同様に体系的に整備することが必要である。このため、既存の施設、事業を再編し、ニーズに適合した効果的・効率的なサービス体系を確立する。

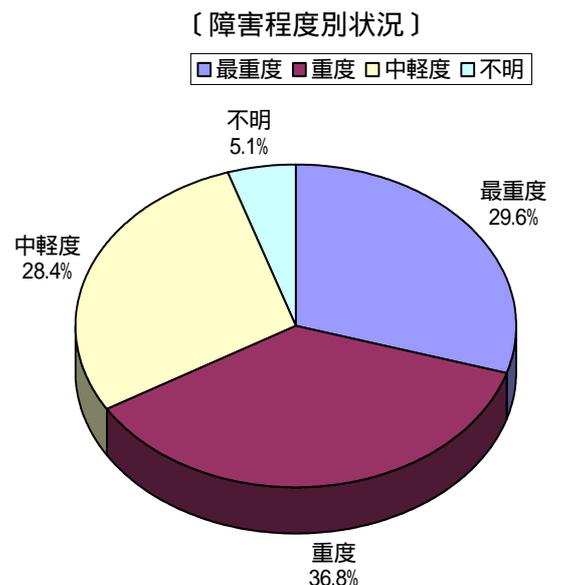
< 主な課題 >

- ・ 雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施
- ・ 極めて重度の障害者に対するサービスの確保
- ・ 障害児施設、事業のサービス体系の見直し

< 児童施設入所者の状態 >



【資料出所】 社会福祉施設等調査（平成 14 年）



【資料出所】 平成 15 年度全国知的障害児施設実態調査
（（財）日本知的障害者福祉協会）

【見直しの具体的な内容】

1) 雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施

既存の授産施設、更生施設等を、就労移行支援事業、要支援障害者雇用事業等に再編し、雇用施策との連携を強化することにより、障害者の意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択できるような支援体制を確立する。

就労移行支援事業：

企業等での就労へ円滑に移行するという明確な目的のために期間を定めた効果的な支援を行うことを基本的な特徴とし、施設外授産や職場適応訓練等の効果的な活用を図るプログラムを導入する。

要支援障害者雇用事業：

運営主体が障害者と雇用関係を結び継続的な就労を前提とすることを基本的な特徴とするが、既存の福祉工場と異なり、障害者以外の者の雇用を可能とすること、職員・設備等の必置規制を緩和すること等を進める。

就労移行支援事業については、障害者就業・生活支援センターとの併設を積極的に進める。

障害者自らがその意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択できるよう、雇用、福祉、教育等の関係機関からなる総合的な相談支援体制を充実し、一人ひとりに合った総合的な支援プログラムを作成・実施するとともに、地域資源の連携強化を図るため、雇用・就業に関する地域の相談支援窓口としての公共職業安定所の機能を強化する。あわせて、市町村が公共職業安定所と連携を図り、地域で生活する障害者の就労支援を進めるよう、その責務を明確にする。

雇用部門と福祉部門が共通で活用できる雇用・就業に向けた職業評価手法を検討する。

2) 極めて重度の障害者に対するサービスの確保

常時医療のニーズも高い又は強度の行動障害がある極めて重度の障害者については、そのニーズに応じ複数のサービスを包括的に提供できる仕組みを設ける。

上記に該当する極めて重度の障害者は、障害者施設体系の見直し(精神は病床の機能分化)を通して、入所・入院中も障害状態に応じた適切な処遇を受けられるようにする。その際、疾患等により取り扱いが異なっている現状を改め、公平な入所・入院処遇の確保を図る。

3) 障害児施設、事業のサービス体系の見直し

障害児施設に係る事務の実施主体を見直す際に併せて、障害児施設について、障害者の施設体系の見直しに準じて、既存の施設を生活療養施設型、機能訓練型、子育て支援型等に再編する。この場合、被虐待等の権利擁護が必要な場合に対応できる機能も確保する。

また、施設の再編と併せて、障害者と同様に、個別給付の他、障害児の特性に合った地域生活支援事業を整備する。

年齢が18歳を超えて入所している者については、現在、児童福祉法に基づきサービスの提供を受けているが、今回の障害者の施設、事業体系の見直しにあわせて、障害者として、当該施設等でサービスを受けることを可能とし、費用を支弁する仕組みとする。

(3) 良質な精神医療の効率的な提供

【政策目標】

各都道府県の10年後の平均残存率(1年未満群)、退院率(1年以上群)を概ね現在の全国3位又は5位の平均値相当とすることにより、「今後10年間で約7万床相当の病床数の減少」を促す。

具体的な目標値は、平均残存率24%、退院率29%

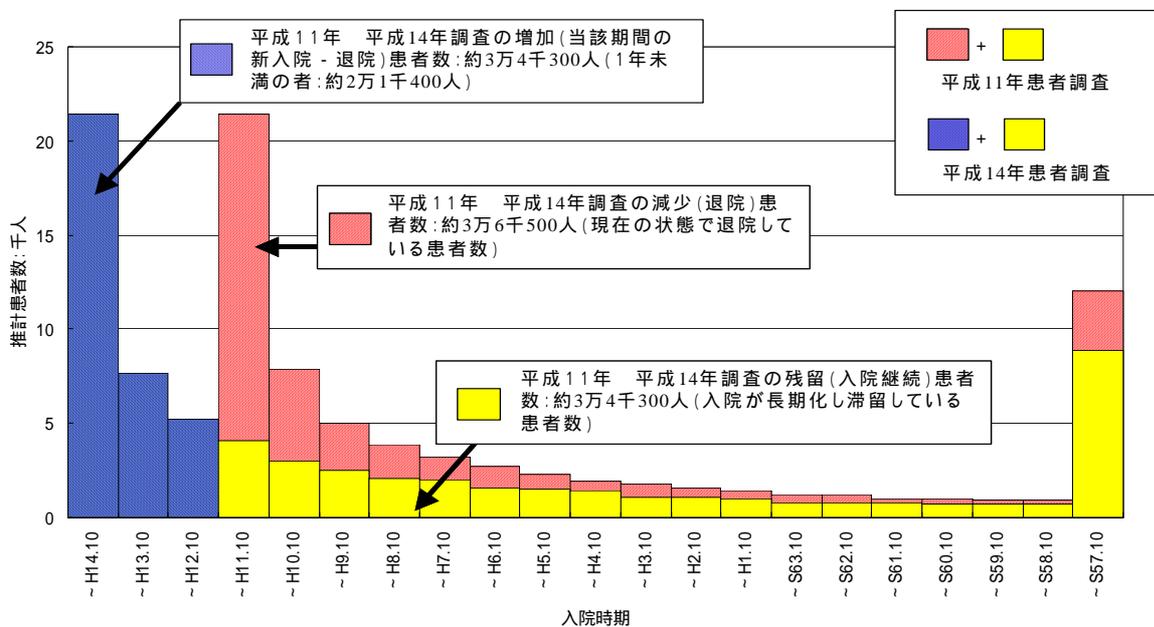
新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、「病床の機能分化」を図り、良質な精神医療を効率的に提供する体制を整備する。

既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、「医療と地域生活支援体制の協働」の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促進する。

< 主な課題 >

- ・ 精神病床の機能分化の促進と地域医療体制の整備
- ・ 入院患者の適切な処遇の確保
- ・ 精神医療の透明性の向上

< 受入条件が整えば退院可能な者の推移 >



【資料出所】 患者調査(平成11年・平成14年)

【見直しの具体的な内容】

1) 患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進と地域医療体制の整備

入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰期、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室(ユニット)単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。このため、各機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により早急に検討を進め、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。

日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要な長期入院の高齢者群について、既存の精神療養病床などの社会資源を活用する他、介護力等を強化した病床などの施設類型の具体像を明確にする。また、アルコール、薬物、うつ、ストレス関連障害等の専門病床の在り方について検討を進め、その具体像を明確にする。

精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、地域ごとの社会資源を活かして、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。また、その評価結果を支援内容に反映する仕組みを設ける。

医療デイ(ナイト)ケアや訪問看護については、通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援等の違いの有無について分析を行いつつ、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る。

2) 入院患者の適切な処遇の確保

措置入院を受け入れる病院について、病棟の看護職員配置を3:1以上にするなどの医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。また、措置入院患者の在院期間の短縮化を踏まえ、事務量や費用も勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度の見直しや都道府県による実地審査の強化等を進める。

医療保護入院について、定期病状報告の様式見直しなど病識の獲得等の取り組みを促す仕組みを設ける。また、重度の痴呆で判断能力が欠けていたり、閉鎖病棟等で長期間処遇されている任意入院患者について、都道府県等の判断で報告を求められることができる仕組みを導入する。

保護室の利用や身体的拘束等の患者の行動制限が、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳の整備を進める。

都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みの導入を図る。

3) 精神医療の透明性の向上

地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みを進める。

精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を推進する。

法改正に向けて

【基本的な考え方】

各障害者共通の自立支援のための給付・サービス体系や利用者負担体系、財政システムの整備や、各障害別の課題(統合失調症への名称変更など)等に対応するために、次期通常国会に法案を提出すべく関係機関等と調整を進める。なお、被虐待障害児の措置権の問題等もある障害児関係の一部事項については、概ね5年後の施行を目途に、社会保障審議会障害者部会等で引き続き検討し概ね3年以内に結論を得る。

この場合、福祉サービスに係る共通部分については、障害者施策を総合的に進める視点のほか、制度運用の整合性の確保、制度に関わる者の事務負担の軽減、財政の有効活用等の観点から、現行の各障害別の法律を個別に改正するのではなく新たな共通の法的枠組みを導入する可能性について検討する。

各障害に共通の給付・サービス体系等に係る介護保険制度との関係については、年内に結論を得て、必要な内容を法改正に反映する。

【具体的な法律構成のイメージ】

身体	知的	精神	障害児
更生医療 身体障害者 更生相談所 その他	知的障害者 更生相談所 その他	統合失調症への 名称変更 精神通院公費 精神保健福祉セン ター その他	育成医療 その他
福祉サービスに係る共通課題 給付等の体系、施設・サービス体系 (障害児は概ね5年後の施行を目途に3年以内に結論を得る) 上記に係る事業指定、指導監督等の事務執行体制 利用者負担の体系、国・都道府県の補助制度の仕組み その他			
介護保険との関係 (保険給付の優先適用範囲)			