

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第3回）

日時：平成29年7月7日（金） 14:00～16:30

場所：全国都市会館 大ホール（2階）

●：介助者
□：オブザーバー

○
速記者

照井 障害福祉課長補佐 ○
高鹿 障害児・発達支援室長 ○
内山 障害福祉課長 ○
堀内 政務官 ○
堀江 障害保健福祉部長 ○
朝川 企画課長 ○
田原 精神・障害保健課長 ○
市川 障害福祉課長補佐 ○

千把 アドバイザー ○
上條 アドバイザー ○
岩崎 アドバイザー ○
全国就業支援ネットワーク
小倉 代表理事 ○
日本筋ジストロフィー協会
貝谷 代表理事 ○
障害者自立支援法違憲訴訟団 ●
障害者自立支援法違憲訴訟団
家平 ○
障害者自立支援法違憲訴訟団
藤岡 事務局長 ○

□ 高沢職業安定局雇用開発部
障害者雇用対策課長補佐
○ 野沢 アドバイザー
○ 二神 アドバイザー
○ 全国児童発達支援協議会
加藤 会長
○ 全国児童発達支援協議会
北川 副会長
○ 全国自立生活センター協議会
見形 政策委員
● 全国自立生活センター協議会
○ 全国自立生活センター協議会
加古 政策委員

手話通訳者
○ ○

○ ● ○ ○ ○ ● ○
白D D 今D 酒全 小全 全 大全
井P P 村P 井全 日 日 日
事I I 事I 井全 林本 本 竹本
務日 日 務日 井全 ろ ろ ろ
局本 本 局本 井全 う う う
次会 会 次会 井全 委あ あ 理あ
長議 議 長議 井全 員盟 盟 事盟

事務局・省内関係者・随行者・傍聴者・記者席

入口 | | 入口

受付

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第3回）

議事次第

平成29年7月7日（金）

14:00～16:30

於：全国都市会館

大ホール（2階）

議 題：

1. 関係団体ヒアリング②

2. その他

○配付資料

ヒアリング資料1	一般社団法人全国児童発達支援協議会
ヒアリング資料2	全国自立生活センター協議会
ヒアリング資料3	一般財団法人全日本ろうあ連盟
ヒアリング資料4	全国就労移行支援事業所連絡協議会
ヒアリング資料5	特定非営利活動法人DPI日本会議
ヒアリング資料6	障害者自立支援法違憲訴訟団
ヒアリング資料7	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
ヒアリング資料8	特定非営利活動法人全国就業支援ネットワーク

平成29年7月7日

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



一般社団法人 全国児童発達支援協議会
代表 加藤 正仁

1. 設立年月日：平成21年7月1日

2. 活動目的及び主な活動内容

【活動目的】

成長・発達が気になる子どもとその家族への様々な発達支援活動を行う

その質的向上・発展と関係者の相互連携・交流を図る

福祉の維持・向上に貢献すること

乳幼児期・学齢期の成長・発達上の諸課題への支援に関する調査及び研究

施設・事業所の運営に関する調査・研究

関係者の相互連携・交流及び広報

障害者総合福祉推進事業の受託と実施

その他

【主な活動内容】

実績

調査研究・実態調査

平成22年度 「障害児施設の一元化に向けた職員養成に関する調査研究」

平成24年度 「児童福祉法改正後の障害児通所支援の実態と今後の在り方に関する研究」

平成25年度 「障害児通所支援の今後の在り方に関する研究」

平成28年度 「保育所等訪問支援の効果的な実施等に関する調査研究」

研修会

平成22年2月以降、全国職員研修会と全国施設長研修会の各研修会を年1回実施。

3. 支部数等：全国7ブロック

4. 会員数494団体（平成29年5月時点）

5. 法人代表： 代表 加藤 正仁

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【概要】

はじめに

全国児童発達支援協議会は、障害のある子どもの最善の利益の保障、家族支援、インクルージョンの推進、支援の質の向上を大切にしています。そのため、報酬改定において障害のある子どもへの支援のより一層の充実と安定化が必要であると考えます。社会保障全体予算の中で、同じ子どもの施策である子ども子育て支援新制度・社会的養護の予算は、28年度に比較して、1,004億円増えております。また「子育て安心プラン」において待機児童22万人の予算を確保しています。日本全体が、子どもや若者に対する支援の充実の方向になっています。その中で、障害児の個々の利用額はそれ程増えてはいません。特に育ちの困難な子どもや障害のある子どものための予算は社会保障全体の中で優先的に手厚くしていただきたいと考えます。＜参考資料1＞

視点－1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

【発達支援－障害のある子どもの最善の利益の保障・質の高い支援のために】

1. 児童発達支援センターの職員配置の見直しと報酬上の評価

・児童発達支援は、より個別的な支援、家族支援も重要であり、現状の職員配置を実態に合わせて、子どもの数を3で、除した数以上のが必要です。

2. 特別支援加算について一地域の事業への対応と児童発達支援事業において医ケア児等配慮が必要な子どもを受け入れるために

・医療的ケア児、聴覚障害児、視覚障害児等特別な配慮を必要とする子どもを地域の児童発達支援センター等で受け入れた場合、専門職の配置のための予算の確保の必要です。

3. 放課後等デイサービスの不登校児の受け入れと障害の重たい子どもの個別対応の必要性

・学校との連携を行って、朝から不登校児を受け入れている放課後等デイサービスは、学校休業日と同等の給付の保障が必要です。個別対応の必要な子どもには、1:1もしくは2:1手厚い対応が必要です。

4. 食事特別配慮加算の創設

・幼稚園・保育園でも公的な補助がある。障害のある子どもの場合、食や咀嚼・嚥下に特別な配慮が必要な子どもが多い。またアレルギー対応の子どもも増加し、給食を提供している事業において食育加算が必要です。

【家族支援の充実】

1. 事業所内相談支援加算の運用回数の見直し ー家族支援の充実（相談・ペアトレの実施）

・家族の思いを理解し、家族支援するための良い加算です。その上で、子どもが療育中に、相談が出来ることが大切です。
・ペアレントトレーニング・相談など、実際の家族支援の充実のために支援回数は、週1回程度必要です。

【職員の専門性・支援の質の向上のために ー質の担保のためのOJT】

1. 資格要件が厳しくなった児童発達支援管理責任者専任加算

・仕事量も多く、保護者対応、関係機関連携など業務量が多い実態があります

2. 事業の安定と充実のために <参考資料2>

→対処方策・評価方法:事業費と事務費の分離化あるいは月初め登録払い制を導入して、事業体の経営の安定化とサービス向上のための積極策を促す

3. 質の向上のための研修・OJTの充実

・厚労省と事業者団体による研修の企画ー児童支援者養成研修

・発達支援関係の資格要件、経験年数を報酬単価に反映させ、関連資格免許の更新制や単位制の研修制を必須化する。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【概要】

視点－2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

【地域支援－インクルージョンを推進するために－】

1. 保育所等訪問支援事業の報酬の見直し－継続的な経験者・専門資格者への適切な報酬

- ① 本体の支援との関係で出向くのが困難である。保育所等訪問支援事業の職員は10年近い経験職員が担当しています。〈参考資料3〉事業として独立して、保育所等に支援できるような単価設定・加算が必要です。
- ② 各種加算の必要性－特に丁寧なアセスメントの必要性から初回調整加算が必要です。

2. 「障害児相談支援事業所」と「相談支援専門員」の質と量が確保

- ① 専門員の資格要件に発達支援経験年数と関係基礎資格を入れ、それらを勘案して報酬単価を段階づけが必要です。
- ② 基本相談(intake)が他の世代と異なって極めて重要であるにもかかわらず報酬が設定されていないのは問題であり、また設定単価の低さが相談事業の質と量の確保を妨げていることから相談員の発達支援関係の資格要件や該当経験年数等を勘案して報酬単価にgradingする

3. 移行支援のための関係連携機関加算の運用の見直し: 幼稚園、保育園への移行支援のための加算

- ・児童発達支援ガイドラインにおいても移行支援の重要性が位置づけられました。年1回の関係機関連携加算では、丁寧な移行が出来ません。十分な移行のためのケース会議等を行った場合、十分な回数分の加算が必要です。

4. 居宅訪問型児童発達支援について－児童発達支援等の上乗せの定員として同じ給付費体系が必要

- ・本体事業所から職員を派遣すると、保育所等訪問支援事業と同じように、本体施設をカバーする職員が必要であるため、事業所の契約児として、人員配置を行うと居宅に訪問しやすくなります。また、支援内容の充実のため事業所と同じ加算等が必要です。

視点－3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

1. ガイドライン公表の義務化と減算

- ・児童発達支援のガイドライン・放課後等デイサービスのガイドラインの公表の義務づけをする。公表しない事業所は減算をする。

2. 放課後等デイサービスの運用の見直し－時間・加配加算の見直し

- ① 放課後デイサービスの数が増加し、質も問われている。朝からの長時間の対応と1時間だけのサービスなどが混在しているため時間に合わせた適正な報酬単価及び加算の創設が必要です。(放課後デイサービスのガイドラインの中で、支援の内容をより具現化が必要)
- ② 指導員加配加算がアルバイトの学生と児童指導員との差が12単位しかないの見直しが必要です。

3. 子ども一般施策を踏まえた障害児関連額の検討

- ・子どもの施策と社会的養護施策・障害児施策連動が必要です。(昨今の無償化問題、保育士問題、子育て世代包括支援センター・市区町村子ども家庭総合支援拠点との連携など)

視点一1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方法・評価方法

【発達支援】一 障害のある子どもの最善の利益の保障・質の高い支援のために

1. 児童発達支援センターの職員配置の見直しと報酬上の評価 職員配置を子どもの数を、実態にあわせて3で除した数以上の必要です。

- ・直接処遇職員の割合が「2.67:1」であった。(平成24年度障害者総合福祉推進事業p82)又、全国児童発達支援協議会平成28年度実態調査報告では、契約児センターでは4:1以下が、5割を占めています。
- ・障害の重たい子どもや低年齢の子どもの場合、散歩に行くときは、安全で楽しい時間にするために、子ども2人に大人1人が手をつなぐ必要があります。
- ・一人の子どもに、食育のために二人で介助が必要な子どももいます。
- ・障害児保育の加配が3:1になっています。また障害の程度によっては、1:1の配置をする自治体もあります。(横浜市障害児等の保育・教育実施要綱)
- ・幼稚園は障害児一人の場合年額392,000円、二人以上に月、年額784,000円の補助があります。(茨城県私立幼稚園等障害児教育費補助金交付要領)

2. 特別支援加算について一地域の児童発達支援事業等において医療的ケア児等配慮が必要な子どもを受け入れるために

- ・難聴児のためのセンターや医療的ケア児・重心児のための通園事業等がない地域の場合、住んでいる近くの児童発達支援センター等で子どもの受け入れを可能にするために、専門職配置を可能とする報酬が必要です。
- ・必要な専門職は、アセスメント、家族とのカウンセリングなどで、心理職、医療的ケア児を受け入れた場合OTもしくはPT、聴覚障害児を受け入れた場合ST、視覚障害児を受け入れた場合は、視能訓練士などの専門職が必要です。

3. 放課後等デイサービスの不登校児の受け入れと個別対応の必要性

- ・発達障害の子ども達が、学校において学力不振、友達との関係がうまく行かない、事項肯定感の低下などの原因で、学校生活で適応できなくなっている子どもが増えている。(小・中における不登校生徒数は、126,009人：平成27年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」となっています。
 - ・平成27年9月14日中教審初等中等教育分科会「不登校児童生徒への支援に関する中間報告p6」自閉症、学習障害、注意欠如・多動性障害等の発達障害のある児童生徒についても、不登校にいたる事例が少なくないとの指摘もある。と報告されています。
 - ・不登校の要因・背景によっては、福祉や医療機関等と連携することが必要(文部科学省「不登校児童生徒への支援の在り方について(通知)」より)とのことから、発達障害があり不登校である児童の受け入れを、放課後等デイサービスで行う場合があります。
 - ・不登校の課題は、家族だけで対応するのは困難になるため、支援がないと引きこもりになる可能性も高くなり、家庭以外の居場所が必要です。
 - ・不登校児に対し、安心出来る社会的な居場所とSSTやセラピー的な治療的構造、子どもの年齢にあった学校の補完的な役割が、子どもの自立を考えると、放課後等デイサービスに求められます。
- 学校と連携しつつ、朝から、不登校の子どもを受け入れている放課後等デイサービスに対しては、学校休業日と同等の1日対応分の給付の保障が必要と考えます。
- 「重度の知的障害＋行動障害＋てんかん」のあるお子さんが利用を断られる実情もあり、放課後デイサービスにおいても、1:1もしくは(子ども)2:1(大人)の個別的対応が必要です。

4. 食事特別配慮加算の創設

1). 障害のある子どもの「食育」を、子ども一般施策(保育所・幼稚園・認定こども園)と平等に

食育基本法で食育は、「生きる上での基本であって、知育、徳育及び体育の基礎となるべきものと」位置づけられています。これは、障害のある子どもについても同じです。

子ども子育て支援新制度が制定される前に、給食費は実費請求でという案が出されていきました(子ども・子育て会議基準検討部会第15回)。しかし 乳幼児期の子ども達の食事は、保育、教育の一環であるとの考えから、公定価格の中に含まれるべきということになり、これまでどおり2号認定(保育園・認定こども園・3才以上)は主食代のみ実費徴収となり、3号認定(保育園・認定こども園・地域型保育3才未満)は主食・副食代が算定されることになりました。また、1号認定(幼稚園)は、給食費材料費実費徴収ですが、非常勤の調理員人件費は、公定価格で「給食費実施加算」として計上されています。保育料に給食費を含めても良いとされ、その場合は就学奨励費の対象経費になりますので、特定負担額(特定保育料)又は実費を徴収しないこともできるようです。近所の1号幼稚園の給食費実費徴収は、1食当たり300円とのことでした。

なお、1号認定の給食費実施加算は、30人定員で子ども1人1日580円+処遇改善加算(おおよそ32円)です。一方、児童発達支援センターの栄養士加算は、30人定員 1日370円となり、何らかの対応がされない場合は(たとえば食事提供加算等がされない場合)、保育園はもちろん、教育を行う幼稚園よりも保護者の負担は、多くなります。

費用負担は、子ども子育て支援新制度の同じような費用負担にしてください。児童発達支援センターは福祉的な役割ですので、1号の幼稚園ではなく、2号3号認定と同じ仕組みにしてください。できれば、この時期の給食は無償が望ましいと考えます。

2). 児童発達支援における食事の重要性

現代は、子育て家庭に生活の困難さがあるという家庭が増えてきました。そのため、家族で食事を作ることが低下し、朝食を食べてこられなかったり、コンビニ中心の夕食だったり、食事の面での困難さも見られます。しかし、様々な家庭背景にある子どもも含めすべての子どもに、等しく豊かな食事を保障することが大切です。保育所と同じ児童施設である児童発達支援は、これまでその役割を果たしてきましたし、これからも果たしていかなければなりません。給食は、子どもの体とこころ、人格をまるごと育てる保育の営みの大切な一つです。給食を通じて、生きることの源である食べることの楽しさ、周りの人たちとのコミュニケーションを促し、マナーやしつけを身につけることに繋がっています

3). 食事に困難さを抱える子ども達への特別な配慮の必要性

障害がある子どもの場合、口腔機能(摂食・嚥下機能など)に合わせた食事形態、偏った食事や水分摂取(ジュースやコーラ、ポカリスエットしか飲まないなど)への対応など、障害特性に合わせた提供が必要です。さらに健康管理の上でも口腔衛生についての配慮も必要です。

特別な配慮の例

【偏食に対する配慮】

①摂食の観察、②身体・栄養状況の把握、③発達状況の確認、④感覚の過敏性などの確認、⑤偏食傾向チェックリストの実施、⑥総合評価と計画と実施

例えば、揚げ物の好きな子どもに、野菜や麺も揚げてからだし、少しずつ普通食にする。

偏食のある子どもの場合、親だけで向き合っていると煮詰まってしまうような時も、友達との楽しい給食の中では、嫌いなものを口にし、さらりと食べられてしまうこともある。これは、子どもに応じて緻密な配慮を行う児童発達支援センター等における給食の強みです。

【摂食・嚥下障害への配慮】(H26年度障がい児摂食・嚥下リハビリテーション講習会報告書資料より)

子どもの摂食の状態に合わせて、普通食・軟固形食・口腔感覚対応食・流動食・ペースト食・つぶし食・アレルギー食など特別食の準備提供と摂食機能障害へ指導などの対応をしています。(「摂食機能療法」:診療報酬:月4回まで、185点/日 医師・看護師・准看護師、リハスタッフ) その他、食事環境を整える、食事のための視覚支援、家庭との連携のための家族支援・栄養相談を行っています。

また、看護師・言語・作業・理学療法士および、摂食機能・嚥下障害への対応研修を受けた者(保育士・児童指導員も含む)が、概ね30分以上かけて摂食指導を行なった場合:加算 200点x2回/月までの必要です。

・摂食や嚥下等に配慮を要す児童への、特別調理食の提供は、必ず必要です。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等【詳細版】

【アレルギー食の配慮等】

- ・アレルギー食や特別に調理した食事等の特別食の提供、栄養士からの栄養・偏食指導等行った場合 算定の必要です。(診療報酬点数では、「外来栄養食事指導料:初回260点初回月2回(2回目200)、以後200点/月」)
- ・また、看護師・言語・作業・理学療法士および、摂食機能・嚥下障害への対応研修を受けた者(保育士・児童指導員も含む)が、概ね30分以上かけて摂食指導を行なった場合:加算 200点x2回/月までの必要です。
- ・一食でもアレルギー食を出す場合、別の調理用具、配膳の指差し確認、テーブルの子どもが座ってから他の子どもの食事を食べないようにするための配慮等、大変な苦勞があります。
- ・外国籍(ハラール食)の児童の背景に合わせた食事の提供等への対応が必要になってきています。

【その他】

- ・放課後等デイサービスや児童発達支援事業は、給食に関しての給付費がありません。児童発達支援や長期休暇中などに開所している放課後等デイサービスで給食の提供している事業所があります。児童発達支援センターだけではなく、給食を提供している児童発達支援事業や放課後等デイサービスにも、加算が必要です。
- 児童発達支援や放課後等デイサービスも、食事に関する加算が必要です。

【家族支援の充実】

1. 事業所内相談支援加算の運用回数の見直し—家族支援の充実(相談・ペアトレの実施)

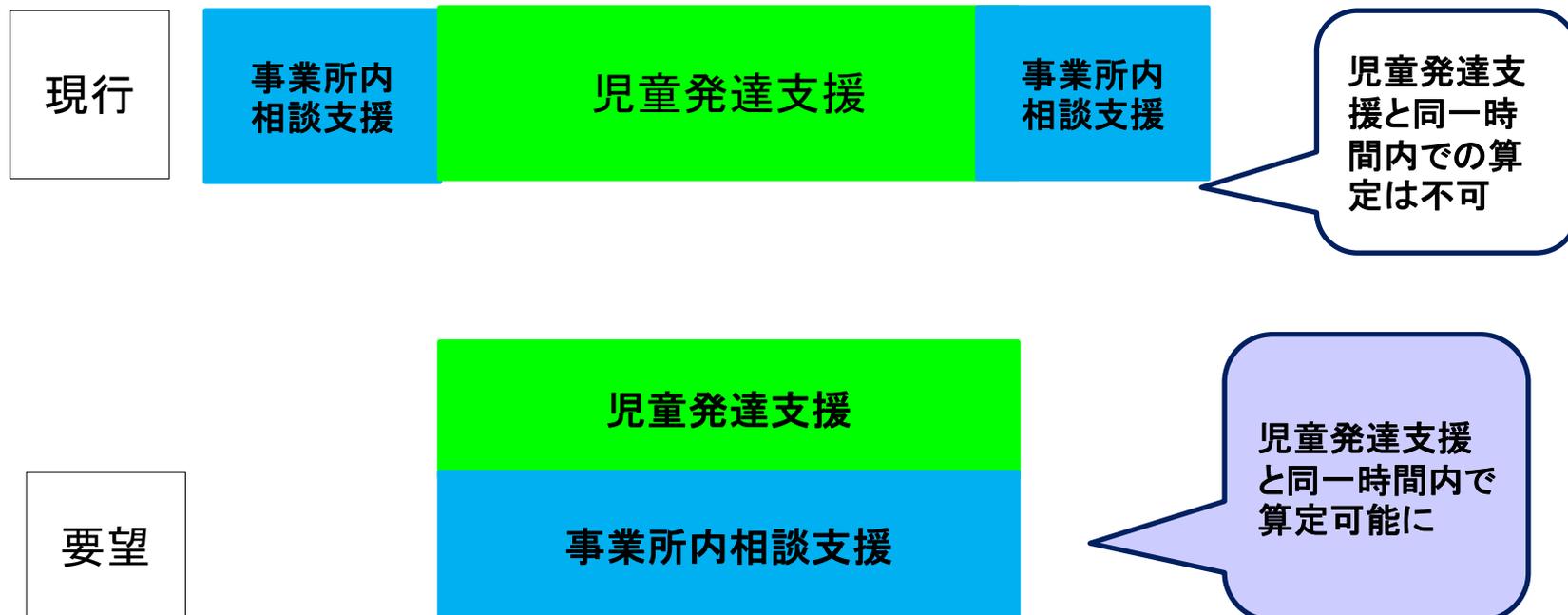
○子どもが療育中に保護者の相談を受けられるように使いやすい加算が大切です。現在は、児童発達支援と同一時間内での算定は不可です。お母さん達が子どもが療育受けている時間に相談できるような仕組みが大切です。

○現在は、月1回のみで事業所内相談支援加算ですが、家族支援のために大変重要な加算です。

しかし、ペアレントトレーニングは、週1回 5回から7回のセッションが必要です。また家族の相談も継続して相談する事業所もあります。家族支援をしっかりとすると、現状の月1回では足りません。

事業所内相談支援加算を、30分以上、事業所内でご家族の相談をした場合に、週1回の算定の必要です。

○グループカウンセリングの必要性から、グループでの算定も必要です。(医療では、集団精神療法は週2回)



【職員の専門性・支援の質の向上のために ― 質の担保のためのOJT】

1. 児童発達支援管理責任者は、平成29年からの資格要件が厳しくなり、より子どもや障害に対する専門性が必要になったことは、障害のある子どもを支援する責任者として必要なことです。

その上で現状は、児童発達支援管理責任者が、多くの場合、定員より多い契約の子どもの個別支援計画を作成するため責任を担っています。

○子どもの支援、保護者の支援、他の職員への支援、他機関との連携など、重要な責務であり、仕事量も多い実態があるため、仕事の質と量にそった児童発達支援管理責任者専任加算が必要と思います。

2. 事業の安定と充実のために

日々出来高払い制により出席率が天候、感染症の流行、入院治療、家族関係者の事情などに左右され、結果として事業費収入が安定しない。人材の確保とか養成、さらには事業充実などのための財政的な見通しや将来計画が立てにくい。(現状は措置費時代の80%に各種INCENTIVEが加算されている。＜参考資料2＞)

→対処方策・評価法:事業費と事務費の分離化あるいは月初め登録払い制を導入して、事業体の経営の安定化とサービス向上のための積極策を促す。

3. 質の向上のための研修・OJTの充実

○地域のサービス事業体の質が担保されているか。もともと地域に信頼される質も持った事業体があるかどうか。

→対処方策・評価法:発達支援関係の資格要件、経験年数を報酬単価に反映させ、関連資格免許の更新制や単位制の研修制を必須化する。また一定の評価に基づいて報酬単価に段階づけを付ける。

○発達支援研修の創設

ガイドラインにも記されているように、提供される支援の内容は多種多様であります。現状の支援の質の内容においては大きな開きがあると指摘されています。子どもの最善の利益の保障と健全な育成を図り、支援の質の向上の為に、積極的に研修を進めて行く必要があると考えています。

○厚生労働省とCDS等の団体で行う、児童支援者養成研修を受講した場合、強度行動障害特別処遇加算と同じように算定し、研修の必須が必要です。

視点一2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方法

【地域支援—インクルージョンを推進するために】

1. 保育所等訪問支援事業の各種加算

地域のインクルージョンを推進していく上で、重要な事業である前回の報酬改定により、訪問支援員特別加算、特別地域加算により、より使いやすくなったが、平成28年度度障害者総合福祉推進事業「保育所等訪問支援の効果的な実施等に関する調査研究P110」(全国児童発達支援協議会)において課題が提起されている。

保育所等訪問支援の普及を阻害している要因は「人材の確保」、「対象児の確保」、「採算性の確保」である。「人材の確保」は、訪問支援員が高度な専門性が必要であるが、一般施策との橋渡し等ができる人材を確保するのは至難の業であり、保育所等訪問支援の人材育成のシステムもない。実践が積み上がりやすく般化しにくいデメリットがある。「対象児がいないという課題」に関しては、本事業の認知度が低く、行政も含めて、積極的に周知することをしていないため、申請すら出来ない状況がある。「採算性の確保」という課題については、報酬上の課題が存在している。基本部分916単位に加え、訪問支援員特別加算375単位が1回の訪問支援で得ることができる。1回あたりの支援時間は平均2～4時間であり1日に2回実施すること可能であるが、その場合は、7パーセント減算となる。また低年齢児は午睡があったり病欠しやすかったりという年齢固有の問題、行事で訪問できないなどの訪問先の問題、長期休暇中の利用の減少などの時期の問題(年度内変動)、移動に時間がかかるなどの地理的問題などで、実際には1日2回×22日間の枠を埋め合わせることに不可能である。加えて、日程調整や記録の作成・整理、保護者への連絡等業務は煩雑である。

類似事業に「障害児等療育支援事業」(旧「障害児者地域療育等支援事業」)があるが、その補助金体系を継続している地域においては1回あたり16,100円(千葉)、20,000円(奈良)22,800円(埼玉・東京)の報酬が支払われており、保育所等訪問支援の方が安価であるという問題もある。加えて、相談支援事業や他の障害児通所支援で設定されている初期加算や欠席時対応加算、家庭連携加算、関係機関連携加算、事業所内相談支援加算がない課題がある。

①専門職員を常勤で配置するだけの報酬単価になっていない

- ・ そのため、訪問支援員の多くが本体事業との兼務であり、訪問支援員は、本体事業の職員配置に影響するという物理的な要因がある。それ故、事業所も積極的に事業展開しないという悪循環が生じている。
- ・ 保育所等訪問支援事業を担う職員は、10年近い経験職員が担当している。〈参考資料3〉
○事業として独立して訪問支援できるような単価設定が必要です。

報酬、加算の名称	児童発達支援センター	保育所等訪問支援
基本部分	○	○
児童発達支援管理責任者専任加算	○	○
特別加算	○	○
家庭連携加算	○	なし
事業所内相談支援加算	○	なし
欠席時対応加算	○	なし
関係機関連携加算(Ⅰ、Ⅱ)	○	なし

②加算等の見直し

○一日に2人の複数対応した際の減算については、廃止してください。

○初回連携調整加算(新) 500単位

他の通所支援に比べ、アセスメントは高度で手間もかかることから加算の創設が必要です)

○家庭連携加算(新) 187単位(1時間未満)280単位(1時間以上)

特に保護者のニーズから始まる本事業においては、保護者に対する丁寧な支援や訪問先との連携・調整が大切です。

○事業所内相談支援加算(新)53単位

保育園等において、子どもの保護者に対して相談援助を行った場合

○施設支援加算(新) 500単位

現在は、対象の子を直接支援した後、職員に助言を行います。さらに施設に対して支援プログラム等の説明、提供のためにカンファレンス等を行った場合、報酬を差別化が必要。

ガイドラインにも記されているように、提供される支援の内容は多種多様ですが、現状の支援の質の内容においては大きな開きがあると指摘されています。子どもの最善の利益の保障と健全な育成を図り、支援の質の向上の為に、積極的に研修を進めて行く必要があると考えています。

2. 「障害児相談支援事業所」と「相談専門支援員」の質と量の確保

- ①サービスと利用者をつなぐ役割が期待される「障害児相談支援事業所」と相談支援専門員の質と量が確保できていない。
→対処方策・評価法: 専門員の資格要件に発達支援経験年数と関係基礎資格を入れ、それらを勘案して報酬単価を段階づけする。
- ②基本相談(intake)が他の世代と異なって極めて重要であるにもかかわらず、報酬が設定されていないのは問題であり、また設定単価の低さが相談事業の質と量の確保を妨げていることから相談員の発達支援関係の資格要件や該当経験年数等を勘案して報酬単価に段階づけする。

3. 移行のための関係連携機関加算の運用の見直し

児童発達支援ガイドラインにおいても移行支援の重要性が位置づけられましたが、年1回の関係機関連携加算では、幼稚園、保育園への丁寧な移行支援が出来ません。

○子どもと家族が安心して保育所等に移行するためには、十分な回数分の移行支援の連携が必要です。

4. 居宅訪問型児童発達支援について一児童発達支援等の上乗せの定員として同じ給付体系が必要

本体事業所から職員を派遣すると、保育所等訪問支援事業と同じように、本体施設をカバーする職員が必要であるため、事業所の契約児として、人員配置を行うと居宅に訪問しやすくなります。また、支援内容の充実のため、事業所と同じ加算等が必要です。

視点一3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方法

1. ガイドライン公表の義務化と減算

児童発達支援のガイドライン・放課後等デイサービスのガイドラインの公表の義務づけをする。公表しない事業所は、減算をする。

2. 放課後等デイサービスの運用の見直し

①支援の時間が、朝からの長時間の対応と1時間だけサービスなど混在している実態がありますが、給付費は同じです。持続可能な制度にしていくために、支援を行っている時間に合わせた適正な報酬単価が必要と思われます。(児童発達支援事業所も含む)一放課後デイサービスのガイドラインの中で支援の提供内容を具体化が必要です。

②指導員加配加算がアルバイトの学生と児童指導員との差が12単位しかないの見直しが必要です。

2. 子ども一般施策と障害児施策を踏まえた障害児関連額の検討

○最近の文科省のdataでは同世代の約10%(3.33+6.5)が要発達支援児であるにもかかわらず、子どもの施策の幼児教育の無償化問題・保育士問題などでは、障害児施策と連動していない。

→対処方策:多様な発達像を示す子どもを差別することなく、まずは一体的に子ども施策の中で受け止められるべきである。その上でgradation様の有り様をしている個々の発達に対応してのTPO場面での合理的で、個別的支援が提供されるべきである。

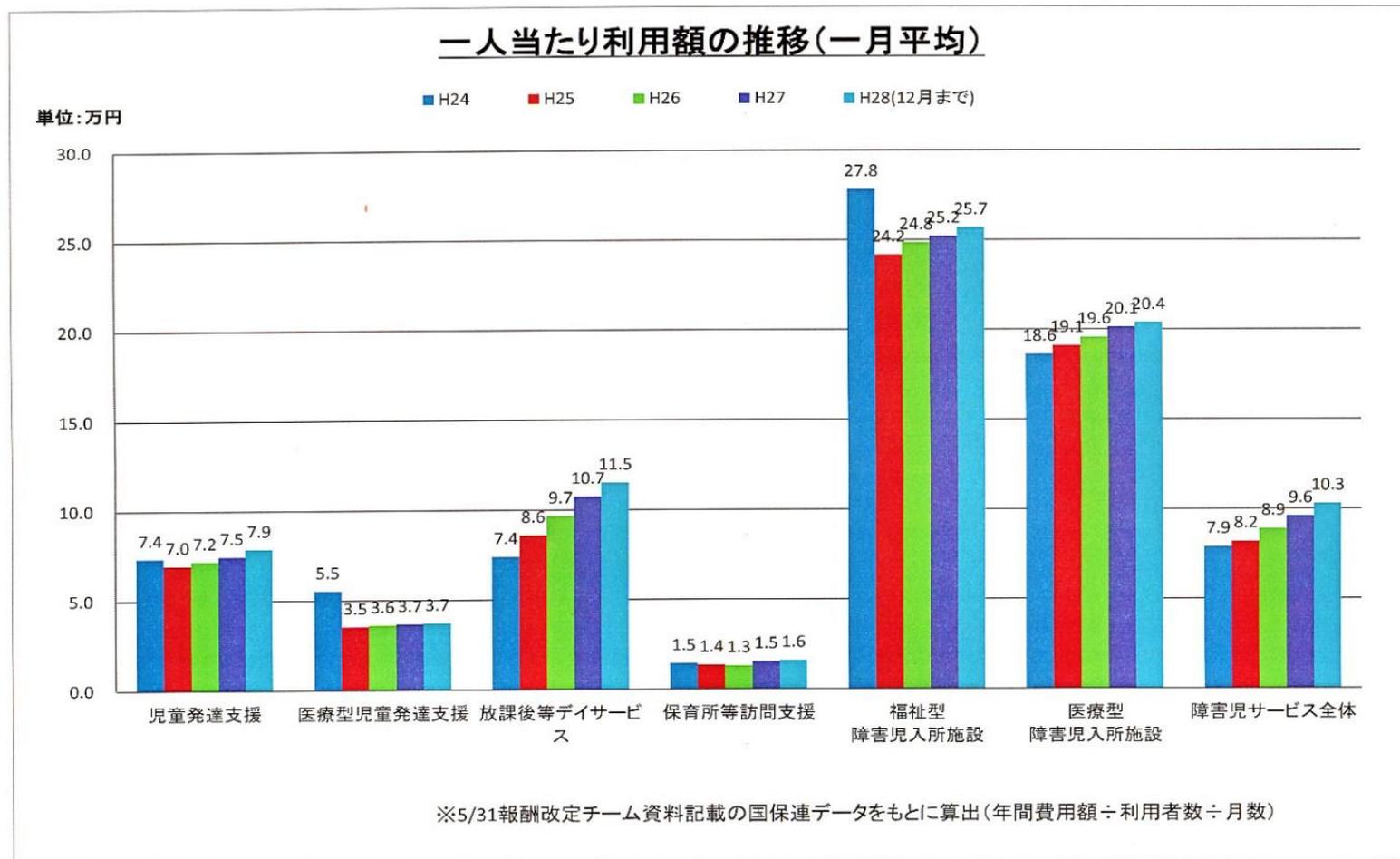
○未来に向けて

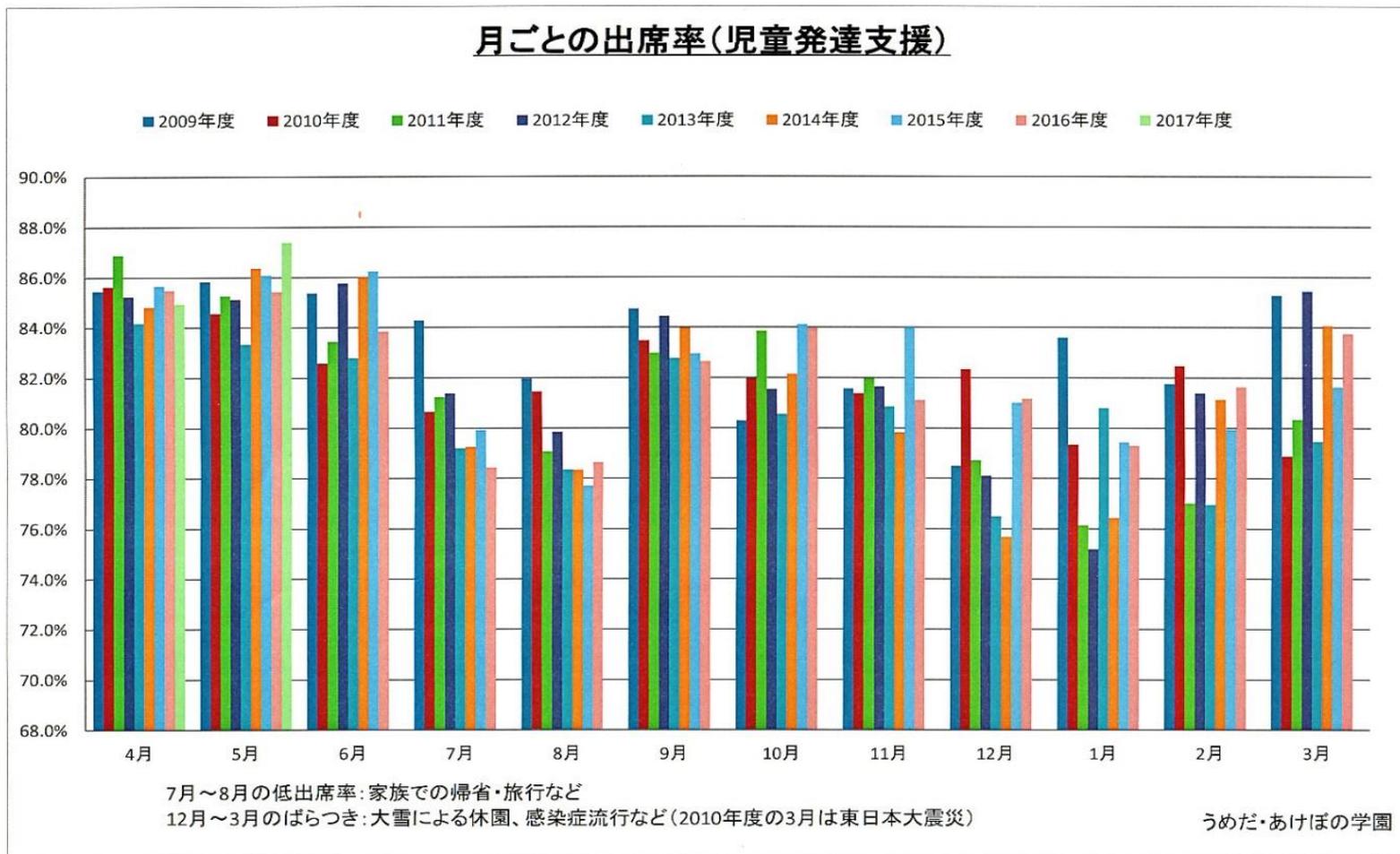
子どもの施策が様々な省庁・所管に跨って拡がり、それらが非連続的に存在しているということでの非効率さ、無駄が蓄積しているのではないかと思います。

→対処方策:子ども関連での関係省庁や所管の機能整理統合を推進する必要があります。(子どもの包括支援)

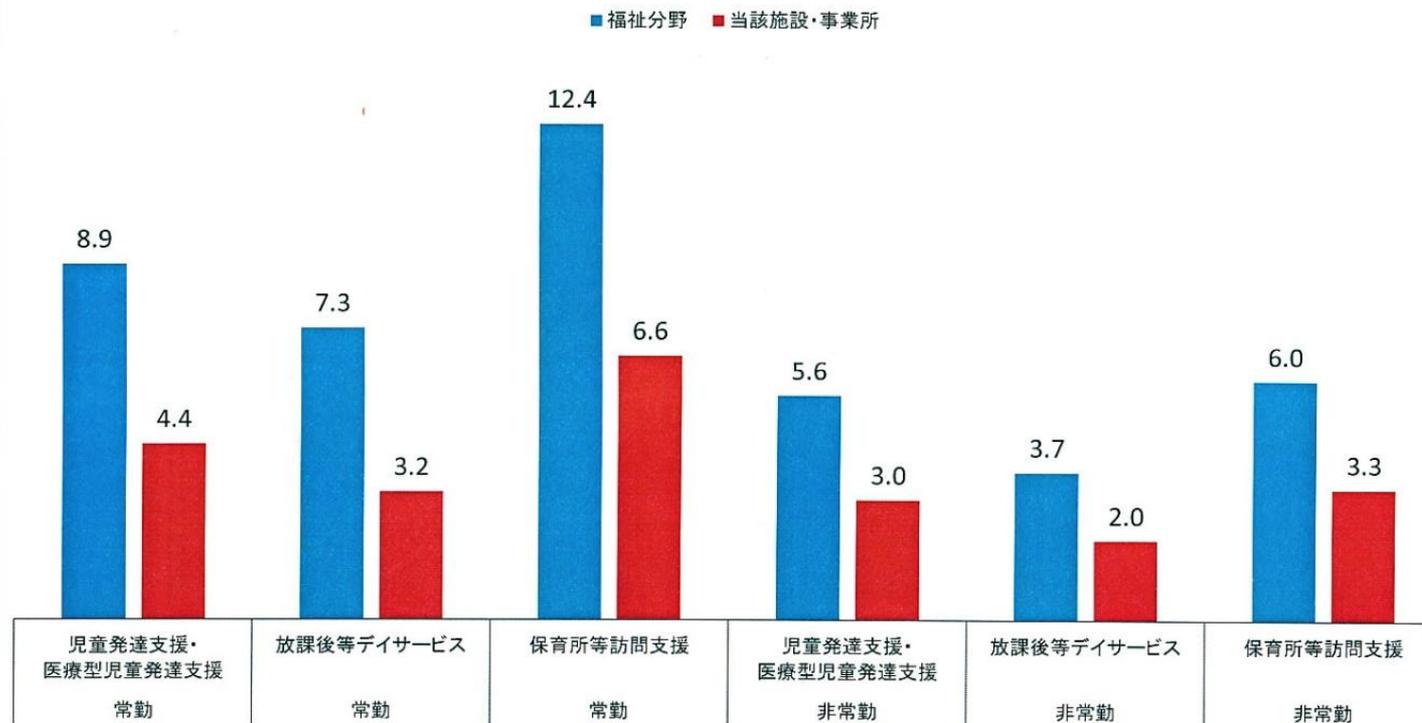
行政レベルで分散している子どもの育ちや子育て施策を一元的に扱う部局に整理統合が必要です。

(たとえば、妊娠期からの支援である子育て世代包括支援センター・市町村子ども家庭総合支援拠点等との連携)子ども子育て施策・社会的養護施策。障害児施策との連携が必要です。





施設・事業所全体の職員の福祉分野で業務に従事した平均経験年数 及び 当該施設・事業所での平均経験年数



厚生労働省『平成27年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査』より

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



全国自立生活センター協議会
代表 平下耕三

全国自立生活センター協議会の概要

1. 設立年月日:平成3年11月22日

2. 活動目的及び主な活動内容:

私たちは、どんなに重度の障害をもっている人も、独立した一人の人間として、差別されることなく、地域で自分の選択と決定に基づく生活を送れる社会を目指します。

そのために、障害をもつ当事者主体で運動と事業を展開するのが自立生活センター(CIL)です。

【主な活動内容】

- ・自立生活センターの設立・運営を助け
- ・自立生活センターの活動を社会に認知させ
- ・自立生活センターが公的な財政支援が受けられるように(制度化)することを目的に活動しています。

3. 加盟団体数:127団体(平成29年6月時点)

4. 法人代表: 代表 平下 耕三

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要) その①

1 重度訪問介護 関係

① 入院時利用の対象者について(視点2)

平成30年4月から開始される入院時利用の対象者について、現在示されている案では障害支援区分6に限ることになっているが、障害支援区分ではなく、援助の必要性(ニード)に着目して利用できるようにすること。

② 重度訪問介護の基本的報酬単価の拡充(視点1)

重度訪問介護の基本的報酬の増加、とりわけ障害支援区分4・5の場合の報酬も拡充させること。また、重度訪問介護は本来、8時間の介助提供をして採算ベースがとれるように設定されているものであって、区分4・5であっても一日8・10時間などの長時間利用が認められるようにすること。若しくは3・4時間の利用であっても十分な採算が取れるような報酬設定にすること。

③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準の引き下げ問題(視点2)

介護保険との併給者の国庫負担基準が3分の1程度に下がる仕組みを廃止すること。

④ 障害者特有のサービス化(視点2)

重度訪問介護については、そのサービス内容から行動援護と同様にサービス提供場所に拘らず、全てを介護保険にない障害者特有のサービスであると位置づけること。障害福祉サービス事業所から介護保険事業所に移行した際に、重度訪問介護従業者のみの資格者が介護提供ができなくなる事態を防ぐこと。

⑤ 利用のシームレス化(視点2)

(イ) 重度訪問介護における外出については、平成18年9月29日厚生労働省告示第523号で記載された文章により規定されています(詳細で説明)。これら規定により、障害者の社会参加の大きな妨げになっている為、それらを削除すること。

(ロ) 他の施策(労働関係、教育関係など)が保障されない場合に、障害福祉サービスを利用できる旨を明確にし、市町村に周知すること。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要) その②

2、医療的ケアならびに重度障害者特有の評価について(視点1)

- ① 医療的ケアに取り組む事業所に対し大幅に評価を引き上げること。とりわけ特定事業所加算 I を取得している事業所には、何ら評価されないことは問題である。
- ② 医療的ケアを地域において安全に行う為、必要な頻回の同行研修(繰り返し5回～10回研修等)について評価・報酬をおこなうこと。また、頻回の同行研修(繰り返し5回～10回研修等)については医療的ケアを必要としなくとも最重度者についても必要となる為、そちらも併せて評価・報酬をおこなうこと

3、相談支援について(視点1)

- ① 計画相談において、とりわけ言語障害を持つ重度障害者等、繰り返し聞き取りを必要とする人や、労力を相当数必要とする人に対する計画作成にあたっては、質を向上の為に、計画作成に至るまでのプロセスに対して十分な評価をしその報酬を底上げをすること。
- ② 地域移行支援において、これまで自立生活センター等の障害当事者団体がおこなってきた、施設・在宅からの自立支援の仕組みを報酬として位置付けること。

4、移動支援について(視点2)

行き先の詳しく書かせることや、著しく行動を制限させるような仕組みをあらためること。

5、地域支援の基盤整備について(視点3)

財政が逼迫している中で地域生活支援を持続可能なしくみとしていくためには、入所施設や精神科病院から地域移行を進め、地域生活資源強化を進めていくこと。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その①

1 重度訪問介護 ① 入院時利用の対象者について

【意見・提案を行う背景、論拠】

平成30年4月から開始される入院時利用の対象者について、現在示されている案では障害支援区分6に限ることになっているが、区分4・5の重度訪問介護利用者にも相当なニーズはありと考えている。また居宅利用者についても同様のニーズはありと考えられる。

【意見・提案の内容】

障害支援区分による利用の可否を判断するのではなく、援助の必要性(ニード)に着目して利用できるようにすること。また、院内で長時間介助をおこなう為に必要な環境整備(介助がしやすいスペース、大部屋でなく少人数の部屋若しくは個室、夜間待機用の簡易ベッド、それらに伴う費用の補助等)ができるように評価すること。これら入院中の利用を認めることで現在より支給量が増えるもの無いと考える。

1 重度訪問介護 ② 重度訪問介護の基本的報酬単価の拡充

【意見・提案を行う背景、論拠】

重度訪問介護の基本的報酬について、これまで区分6加算、特定事業所加算等の加算等々の整備によって各事業所においては幾何の経営改善を図ってきたが、質の高い援助体制の構築、介助者の安定的な雇用には至っていないのが現状。とりわけ障害支援区分4・5の利用者に至っては重度訪問介護の提供をしない事業所が多い事や、仮に提供をしたとしても赤字増えるだけといった散々たる状況が見られる。また拡大された知的精神障害者へのサービスも広がっておらず、重度行動障害があるマンツーマンの支援の体制がとれる報酬が必要である。

【意見・提案の内容】

- ・重度訪問介護の基本的報酬単価の増加をすること
- ・区分4・5に対してのそれぞれに加算等の報酬増加をすること
- ・重度訪問介護は本来8時間の介助提供をして採算ベースが取れるように設計されているものであるからして、区分4・5であっても一日8・10時間などの長時間利用を認められるようにすること。若しくは3・4時間の利用であった場合には短時間の報酬を増やす等、十分な採算がとれるような報酬単価とする事。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その②

1 重度訪問介護 ③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準の引き下げ問題

【意見・提案を行う背景、論拠】

平成30年4月から開始される介護保険サービスの円滑な利用を促進において、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所へスムーズに移行できるようにとあるが、現在介護保険との併給者の障害サービスの国庫負担基準が併給者でない人と比べ3分の1程度に下がるようになっており、市町村が重度訪問介護の支給決定を出しにくい状況になっている。これにより介護保険に移行した場合それまでの長時間サービスが安定して受けられなくなるといった危惧がある。

【意見・提案の内容】

・介護保険との併給者の国庫負担基準が3分の1程度に下がる仕組みを廃止すること。

1 重度訪問介護 ④ 障害者特有のサービス化

【意見・提案を行う背景、論拠】

来年度にはじまる共生型サービスでは障害サービス利用者が65歳以上になっても介護保険でこれまでと同様にサービスが利用できるとしているが、障害福祉独自のサービスである重度訪問介護にとっては意味をなさない。重度訪問介護利用者は65歳になると、介護保険優先の考えから、「平成19年3月28日障企発第0328002号・障障発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知」を根拠に介護保険の訪問介護(特に居宅内での身体介護、生活援助)の利用を強要されるケースがほとんどである。しかし重度訪問介護は身体介護、家事援助に加え、そのサービス間に断続的に見守り、移動介護の介助を行う特質がありこれは介護保険にはないサービスである。一方行動援護は居宅内での介助が認められているが、障害独自のサービスとして居宅内の介助も介護保険利用を強要されることはない。重度訪問介護と介護保険の訪問介護はまったく異なるサービスである。またサービス提供者の従事者要件も異なっており、これまで入ってきた重度訪問介護のヘルパー等が65歳を機に介護保険に切り替えられたことにより継続してサービスに当たれなくなってしまう。

【意見・提案の内容】

重度訪問介護については、行動援護と同様にサービス提供場所に拘らず、全てを障害者特有のサービスとして上記通知に明記すること。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その③

1 重度訪問介護 ⑤ 利用のシームレス化 (イ)

【意見・提案を行う背景、論拠】

重度訪問介護における外出については『障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(抄)』平成18年9月29日厚生労働省告示第523号(最終改正:平成25年3月29日)の【別表介護給付費等単位数表 第2重度訪問介護 1重度訪問介護サービス費】に記載された次の文章により規定されています。

～(前略)～重度訪問介護(居宅における入浴、排せつ又は食事の介護等及び外出(①通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、②通年かつ長期にわたる外出及び③社会通念上適当でない外出を除き、④原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。2並びに第3及び第4において同じ。)時における⑤移動中の介護を総合的に行うものをいう。以下同じ。)～(後略)～(①～⑤の数字と下線はこちらで追記)

この①と②により通勤・通学に重度訪問介護サービスが使えず、社会参加の大きな妨げとなっています。

さらに、この規定を参考に、市町村の地域生活支援事業である「移動支援」の要綱が作られているケースが多く、①、②はもとより特に③と④の行き過ぎた拡大解釈により、障害のない一般市民が行なっている余暇活動(映画鑑賞、コンサート、居酒屋、公営ギャンブル、泊まりの旅行等)でさえも利用不可とされ、⑤の「移動中の介護を総合的に行うもの」は何故か反映されず、細かな制限を課せらせることでやはり社会参加の大きな妨げとなっています。

【意見・提案の内容】

これらの規定がある事により、障害者の社会参加への大きな妨げとなっており、障害者総合支援法の趣旨

障害者総合支援法の趣旨によると、～(前略) 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われること(後略)～とある

このことから、この規定を削除すること。また、市町村事業の移動支援においても同様の理由により規定文を削除をし、市町村独自に法の趣旨に反する規定をつくらないように徹底すること。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その④

1 重度訪問介護 ⑤ 利用のシームレス化 (ロ)

【意見・提案を行う背景、論拠】

通勤や通学の介助をどの分野が担うのかは社会保障審議会障害者部会においても課題として指摘されてきたが、上記「利用のシームレス化(イ)」にある①、②に明記されていることから、市町村でも障害福祉サービスが利用を認めないケースがほとんどである。しかし労働分野、教育分野においても通勤通学、学内のサービスが十分に保障されておらず、サービスがあったとしても日常的に利用する障害福祉サービスとは別の事業者やヘルパーが担うことになる。居室においても通勤通学、学内等においても慣れたヘルパーがシームレスに使えることが障害者の社会参加を促進することとなる。

【意見・提案の内容】

他の施策(労働関係、教育関係)が保障されない場合に、通勤や通学、学校内での介助等と障害福祉サービスを利用できる旨を明確にし、市町村に周知すること。

2 医療的ケアならびに重度障害者特有の評価について ① 医療的ケアへの評価引き上げ

【意見・提案を行う背景、論拠】

2012年4月より医療的ケアが制度化され、吸引と胃ろうの医療的ケアは一定の研修を終えたヘルパーによって行われることとなった。これは本来医療従事者が行うものとされながらも、一向に24時間体制による訪問看護事業者は増えず、家族介護の限界とヘルパーによる支援の実態から制度化されたものだが、担い手不足の現状は相変わらずで、かねてから医療的ケアを手掛けていた一部の事業所への依存と負担増の解消にはつながっていない。訪問看護が1回の訪問で約8,000円の報酬が出るにもかかわらず24時間対応できていない現状に比べ、同様のケアを1日に何度実施して、24時間対応のヘルパーには、1日1,000円の加算のみという格差が続いている。しかも、実際には個別性の高い重度障害者へのサービス提供には制度上の医療ケア研修以外に、さらなる個別研修が必要であり、経験を積んだヘルパーと組んで研修を受けながらサービス提供を行うなど新人ヘルパーへの研修コストのほとんどは事業所の自己負担で実施しているのが現状である。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その⑤

【意見・提案の内容】

医療的ケアに取り組む事業所に対し大幅に評価を引き上げること。とりわけ特定事業所加算Ⅰを取得している事業所には、何ら評価されないことは問題である。

2 医療的ケアならびに重度障害者特有の評価について ②頻回の同行研修の評価

【意見・提案を行う背景、論拠】

医療的ケアを必要とする障害者、医療的ケアが無くとも最重度の障害者の介助を開始する為には、5回～10回前後、期間に至っては1～3か月程度の同行研修が必要であり、これまでは事業所の持ち出しによりこれらの同行研修を行っている状況である。こういった持ち出しができない事業所においては、医療的ケアを要する若しくは最重度の障害者の介助提供を十分におこなえない状況がある。

【意見・提案の内容】

多くの事業所が、医療的ケアを要する若しくは最重度の障害者の介助提供を安定的に行え、その質を高めていく為にも、繰り返し必要となる同行研修に対する評価・報酬を十分おこなうこと。

3 相談支援について

【意見・提案を行う背景、論拠】

計画相談においては計画作成に至るまでに、繰り返し聞き取りや環境、状況の把握、諸関係機関との連絡調整等障害が重くなるほど労力を要する。しかし計画相談の報酬は一律に低く抑えられ、相談支援事業所が単独で採算をとれるのは難しい現状がある。

また地域移行支援については、サービスが整うだけでは円滑な地域生活を送れるわけではなく、本人の主体性やエンパワメント支援が必要となる。自立生活センターはこれまで自立支援の中で、本人のエンパワメントに着目した障害当事者による自立生活プログラムやピア・カウンセリングといった支援を行ってきており、自立生活へとつなげている。

【意見・提案の内容】

- ① 計画相談において、とりわけ言語障害を持つ重度障害者等、繰り返し聞き取りを必要とする人や、労力を相当数必要とする人に対する計画作成にあたっては、質を向上の為に、計画作成に至るまでのプロセスに対して十分な評価をしその報酬を底上げをすること。
- ② 地域移行支援において、これまで自立生活センター等の障害当事者団体がおこなってきた、施設・在宅からの自立支援の仕組みを報酬として位置付けること。

4 移動支援について

【意見・提案を行う背景、論拠】

市町村事業である移動支援においては、市町村毎に独自のしくみが設けられており柔軟な対応ができる一方、一部市町村においては、プライバシーへの配慮に各詳細な実績報告書をもとめたり、(5)で示したとおり細かな制限を課せられて、障害者の社会参加を阻害する要因にもなっている。

【意見・提案の内容】

行き先の詳しく書かせることや、著しく行動を制限させるような仕組みをあらためること。

5 地域支援の基盤整備について

今でも他諸国にくらべ障害予算は少なくおさえられている。しかしながら財政が逼迫していることも事実であり、こうした状況下で地域生活支援を持続可能なしくみとしていくためには、入所施設や精神科病院から地域移行を進め定員、病床数を減らしていき、その分を地域支援に振り分けていく方向性が重要である。

そのためには地域生活基盤整備強化10カ年戦略など、期間を区切り集中的に地域移行、地域生活資源強化を進めてはどうか。

(参考資料) 1-① 入院時利用の対象者について

○全国自立生活センター協議会は重度訪問介護の入院時利用が制度化されることにあたり、会員団体に入院時の介助利用について調査を行った(平成28年5~6月に実施)。調査項目のうち「障害支援区分4・5の重訪の方で入院時派遣を必要とされる方はおられますか?」という設問に対し、以下のような回答を得ている。

【ケース1】

サリドマインドによる先天性ろう。特殊な手話によるコミュニケーション。呼吸不全。てんかん発作。知的障害。障害支援区分4。介助の必要性は、常時見守りが必要。コミュニケーション支援を使った。しかし8時間まで、しかもあとから「実際にコミュニケーション取ったときしか算定できない」といわれる。

【ケース2】

20代、頸椎損傷、区分5。昨年10月に肺炎による呼吸不全のため約1か月入院。当初は気管内挿管等によりコミュニケーションの問題あり。看護師等が頸損の介助に不慣れなため、排せつ、入浴、移乗、着替え等で普段入っている介助者の介助がなければ入院生活が困難に。食事介助等も必要だった。入院等各種手続き、現金の振り込み、引き出し、買い物、洗濯等は看護師等に頼むことは難しかった。

【ケース3】

頸椎損傷、区分5。車椅子に乗っているときは体幹のバランスは保持できるが、ベッドに上げられるとギャッジアップしてもバランスが取れず何もできなくなるため。排便は普段から介助者に腹部に相当な力を掛けてもらって出す。大腸検査で浣腸をする時などこれが看護師に伝わらない。介助者にいてもらえばいつも通りに出すことができるのに、弱い力で押されて出ないと時間ばかりかかるのは双方体力を消耗する。

【ケース4】

30代、脳性麻痺、区分5。2, 3年前に障害者施設併用の長期療養型病院に入院した際は介助等の面で問題はなかった。しかし、一般病院等の場合障害に慣れていなく食事介助、移乗、洗濯、着替え等で介助者が必要。家では使いやすく環境が整っているが、病院では環境が異なりいつも以上に介助者に頼まなければならない。

【ケース5】

腫瘍による脊髄損傷、区分5。透析をしていたため、骨がもろくなっていて、トランスや体交は体幹をねじってはいけなかったが、それが看護師に伝わらず、本人が怖がって介助者の派遣を要求された。

【ケース6】

骨形成不全、区分5。交通事故に遭い、病院に搬送。骨折が予想されたが、医師は骨形の専門医ではないから、と骨折箇所や固定の仕方があいまいで、本人より体中が痛いとき常時体交の要求があった。普段の生活でも、ベッド上の体勢は覚えるのにひと月くらいかかるくらい頻度が多く方法も細かい。多重骨折が予測され、強い痛みがあった中で、看護師へ通常の体交を伝えることは困難で、慣れている介助者による体交が必要だった。

(参考資料) 1-① 入院時利用の対象者について2

【ケース7】

骨形成不全。障害支援区分5。骨形成不全症の当事者の場合、慣れている介助者でないと身体介助(特に移乗)において骨折をする危険性が高いため、入院時派遣は必要と思われる。

【ケース10】

区分5 脳性小児麻痺・麻痺による言語機能喪失・トーキングエイド使用。疾病などの状況によっては、トーキングエイドが使用できない場合は、独自のコミュニケーションが必要になるため、慣れていないヘルパーでないと難しい。

【ケース8】

50代骨形成不全症、区分4。肺炎で声を出すことが難しかったため、普段入っている体や障害の状況を理解している介助者がいなければ入院生活は不可能だった。上記3と同様使いやすい環境でなく排泄、食事介助、移乗等でいつも以上に介助が必要だった。洗濯や買い物等のサポートも必要。

【ケース9】

40代、骨形成不全症、区分4。難聴等の問題があり、コミュニケーション支援が最も重要だった。しかし、普段の家であれば排泄、入浴、移乗等で1人でできることは多いが、病院では自分が使いやすい環境が整っておらず介助が必要。肺炎のため声を出すことも難しく普段入っている体や障害の状況を理解している介助者がいなければ入院生活は不可能だった。洗濯や買い物等のサポートも必要。

(参考資料) 1-① 入院時利用の対象者について3

さらに同アンケートでは「自治体のコミュニケーション支援の入院時派遣を利用できなかった理由」という設問には以下の回答を得ている。

○コミュニケーション支援を使って、病院看護師への医師の疎通は図れるが、慣れているヘルパーが身体介護を含めた支援ができないと利用する意味が無いとして、利用者本人が申請を断念した。

○区分認定調査でコミュニケーション部分で3項目が該当なしで、却下された。

○独居要件のため、一人でも家族がいたら利用できない。

○障害支援区分の調査票のコミュニケーション部分がたまたま、調子がいい時で、できるようになっていたため、1度は利用できないとされた。

○入院時の状態を医師が意見書で必要であると認めれば利用できるため、申請しようと相談したが、障害支援区分の調査票のコミュニケーション部分ができるようになっていたため、区役所の障害福祉係の担当者が制度のことをよく知らないこともあり、1度は利用できないとされた。利用者から当センターに相談があり、当センターの相談員も同行して、新たに痛みによってコミュニケーションが取りにくいとの医師の意見書と共に申請した結果、利用が認められた。

○障害程度区分調査の際、調査員の前でヘルパーとコミュニケーションができていたことから、障害程度区分の調査票のコミュニケーション部分が「できる」になっており、1度は利用できないとされた。

○コミュニケーションが取れるということで利用を拒否された。コミュニケーションに問題なければ利用できない。コミュニケーションに問題なくても、入院中に自分の介助を、入れ代わり立ち代わりかわる看護師に、その度毎にバーバルコミュニケーションだけでレクチャーすることはできない。

○病院側が許可しなかった。24時間看護を謳っている以上、病院外の介助者を必要としないと言われた。前例がないために長く検討の時間を取られ、しかも結果断られた。

○区分6の人が入院した時、申請の段階で言語障害がないので対象ではないと言われた。その後申請用紙はもらったが、申請しても交渉が必要。

○・家族同居の方で、病院側が完全看護をうたっており、徹底してヘルパー受け入れを拒否された。

(参考資料) 1-② 重度訪問介護の基本的報酬単価の拡充

1-③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準の引き下げ問題

② 重度訪問介護の報酬額は、長時間介護を前提に低く設定されている。しかし区分4, 5では短時間派遣もあり、下記の報酬ではサービスが維持できず、サービスの担い手がいない。

重度訪問介護の基本報酬単価(1時間あたり)



③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準は以下の通り著しく低く設定されている。

介護保険給付対象者ではない			介護保険給付対象者	
区分4	¥265,700	➔	区分4	¥144,900
区分5	¥333,100		区分5	¥144,900
区分6	¥474,900		区分6	¥144,900

(参考資料) ② 重度訪問介護の障害支援区分ごとの収支計算

各サービス内容で派遣した場合の収支

設定 ... 時給:1,200円/交通費1,000円/保険料事務所負担分(社保年金)13%/として設定

※時給1,200円で月170時間労働した場合の月給⇒⇒ 21万円

※収支額・残金で事務管理費研修費調整費をまかなう

収入 - 支出 = 収支計算・残金額

<重訪区分4・5>

時間	報酬		給料	交通費	保険料		残金
3時間	5,460	—	3,600	1,000	468	=	392
5時間	8,980	—	6,000	1,000	780	=	1,200
7時間	12,380		8,400	1,000	1,092	=	1,888

<重訪区分6>

時間	報酬		給料	交通費	保険料		残金
3時間	5,924	—	3,600	1,000	468	=	856
5時間	9,743	—	6,000	1,000	780	=	1,963
7時間	13,432		8,400	1,000	1,092	=	2,940

<身体&通院等介助>

時間	報酬		給料	交通費	保険料		残金
3時間	8,040	—	3,600	1,000	468	=	2,972
5時間	11,240	—	6,000	1,000	780	=	3,460
7時間	14,440		8,400	1,000	1,092	=	3,948

残金から、必要な管理費、介助研修やシフト調整費を捻出となる為不十分。
薄利多売の状態では質の向上を図れない。
又、深刻な介助者不足の解消の為に、それら質の向上の為の経費は必要経費

(参考資料) ④ 重度訪問介護従事者の割合

重度訪問介護の派遣割合が多い事業所では重度訪問介護従事者資格者の割合が高く、平均では約半数は重度訪問介護従事者研修修了者となった

事業所	全従業員	介護福祉士・初任者研修修了者	重度訪問介護従事者研修修了者	重訪者の割合
A	156	43	113	72.4%
B	62	35	27	43.5%
C	15	10	5	33.3%
D	136	68	68	50.0%
E	83	47	36	43.4%
F	71	35	36	50.7%
G	7	5	2	28.6%
H	45	25	20	44.4%
			平均	45.8%

また前述のアンケート調査でも、今後10年以内に65歳を越え介護保険利用が想定される利用者に現在派遣されているヘルパーのうち重度訪問介護従事者研修修了者の割合を聞いたところ、平均は37.1%となり、現行のまま介護保険への移行が難しい状況がうかがえる。

(参考資料) 3 医療的ケアの評価

重度訪問介護の医療的ケア加算は1日何回ケアを行っても100単位のみ。訪問介護の報酬と比べても著しく低い。

喀痰吸引等支援体制加算		介護保険 訪問看護 基本報酬
100単位/日	↔	20分未満 381単位
		30分未満 463単位
		1時間未満 814単位

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

一般財団法人 全日本ろうあ連盟

一般財団法人 全日本ろうあ連盟の概要

1. 設立年月日:昭和22年5月25日

2. 活動目的及び主な活動内容:

全日本ろうあ連盟は全国47都道府県に加盟団体を擁する全国唯一のろう者の団体です。1947年5月25日、群馬県伊香保温泉で「ろうあ者の人権を尊重し文化水準の向上を図りその福祉を増進すること」を目的に結成して以来、全国の仲間と共にろう者の暮らしと権利を守るために運動を進め、本年で創立70周年を迎えました。長い間の運動の歴史において、民法11条改正、運転免許資格獲得、差別法規撤廃などの法改正、手話通訳制度の確立などの成果を上げ、障害者基本法に「言語(手話を含む)」と規定されるなど、ろう者の存在や「手話は言語である」等の認知を広げることができました。また、私たちが2013年から取り組んできた「手話言語法制定を求める意見書」の採択運動は、2016年3月3日をもって全ての都道府県・全ての市町村議会で意見書が可決され、100%採択という成果をあげています。

2016年6月に設立した手話を広める知事の会(43都道府県)、全国手話言語市区長会(321市区長)、各地で手話言語条例制定される(101自治体)等、手話言語のうねりの高さを示しています。

しかし、音声中心の社会に起因する情報アクセスのしづらさ、コミュニケーションの取りづらさによる課題はまだたくさん残されています。「当たり前にある情報を、当たり前を受け取ることができる環境」の実現に向けて、私たちろう者自身が引き続き取り組んでいく必要があります。私たちは先人が守ってきた手話を継承し、更に発展させるために、すべての障害者のあらゆる情報アクセスやコミュニケーションを保障し、自らの意思でコミュニケーションの方法や手段を選択できる「情報・コミュニケーション法」、手話を音声言語と同様に一つの言語として認め、手話言語が獲得できる環境を整備する「手話言語法」の法制化を目指していきます。

基本的な取り組みは次の通りです。

- ・手話通訳の認知・手話通訳事業の制度化
- ・聴覚障害を理由とする差別的な処遇の撤廃
- ・聴覚障害者の社会参加と自立の推進

3. 加盟団体数(又は支部数等):47団体(全国都道府県に1団体・平成29年5月時点)

4. 会員数:19,369名(平成29年3月時点)。

5. 法人代表:理事長 石野富志三郎

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

視点-1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

1. 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算
 - ①視覚・聴覚言語障害者支援体制加算を維持する必要があります。
 - ②児童福祉法の障害児通所支援(児童発達・放課後等デイサービス)に「視覚・聴覚言語障害者支援体制加算」を適用する必要があります。
2. 食事提供体制加算について経過措置の打ち切りをやめ、これからも加算を継続する必要があります。

視点-2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

ろう重複や聴覚障害児・者の支援について専門性のある事業所が、全国にまだまだ数が少ないため、今後地域においてサービス提供できるよう構築する必要があります。

視点-3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

児童発達支援事業・放課後等デイサービス事業は、地域に信頼される事業であるために質の向上が必要です。

地域の聴覚障害者協会などの当事者団体、親の会などと事業所運営に関して連携と意見交換を行いながら運営を実施しているかどうか検証する必要があります。

視点-1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

1. 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算

- ①視覚・聴覚言語障害者支援体制加算を維持する必要があります。
- ②児童福祉法の障害児通所支援(児童発達・放課後等デイサービス)に「視覚・聴覚言語障害者支援体制加算」を適用する必要があります。

【意見・提案を行う背景、論拠】

障害者権利条約の批准、また障害者差別解消法に基づく環境整備、合理的配慮の提供が必要なため、全ての聴覚障害児・者が、情報アクセスとコミュニケーションのバリアなく、自ら選択する言語やコミュニケーション手段で障害福祉サービスの利用ができるよう整備して行くことが必要です。また、聴覚障害児・者の発達保障を考えると、集団保障も重要です。

【意見・提案の内容】

国保連の平成28年12月データによると視覚・聴覚言語障害者支援体制加算の取得率は、低い数字になっているが、これはろう重複障害者等の対象人口が少数であり、またろう重複障害者の専門施設はごく限られた数であるためと考えられます。(※参考資料2)

全国ろう重複障害者施設連絡協議会(以下、ろう重複協・※参考資料1)の平成29年度基礎データ調査によると、協議会に加盟している事業所の90.4%の事業所が視覚・聴覚言語障害者支援体制加算を算定しており、高い取得率となっています。

全国的に見ても聴覚障害者、ろう重複障害者等の専門施設は、数がまだまだ少なく地域格差が大きいといわざるを得ない現状がある。聴覚障害児、ろう重複障害児の専門施設はなおさらです。(全国聴覚・ろう重複児施設協議会・参考資料3)

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

聴覚障害児やろう重複児のコミュニケーション手段や言語獲得の状況は個別性が強く、より質の高いサービスを提供していくためには、手話言語を含む様々なコミュニケーションや聴覚障害についての専門性を有する支援者の体制を整えることが不可欠と考えます。現在、成人のろう重複障害者等が利用する日中サービスや施設入所、共同生活援助について、視覚・聴覚言語障害者支援体制加算が適用されているが、児童発達支援及び放課後等デイサービスについては適用されていません。

全国の特別支援学校の在学者数は単一障害学級の聴覚障害が5,218人、重複障害学級の聴覚障害が3,351人、合計8,569人(文部科学省平成26年度特別支援教育資料)となっており、今後も聴覚障害児やろう重複児のための放課後等デイサービスや児童発達支援の利用ニーズは高まることが予想されます。

手話言語を含む様々なコミュニケーションや聴覚障害についての専門性を有する職員を配置している児童発達支援及び放課後等デイサービスの事業所に対して、視覚・聴覚言語障害者支援体制加算の適用を強く求めます。

2. 食事提供体制加算について経過措置の打ち切りをやめ、これからも加算を継続する必要があります。

【意見・提案を行う背景、論拠】

利用者の中には、健康維持増進のためにも食事面での栄養バランスなどを支援する必要がある利用者も多く、加算がなくなるとインスタント食品やレトルト食品ばかりになり、栄養のバランスを崩してしまう利用者が多数でてくることとなります。

【意見・提案の内容】

ろう重複協の平成29年度基礎データ調査によると、日中活動サービスの中で食事提供体制加算を算定している事業所が54.5%となっています。(参考資料2)

利用者の健康維持増進に大きな役割を果たしている食事提供体制加算の継続を強く求めます。

視点-2地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

【意見・提案を行う背景、論拠】

障害者権利条約の批准、また障害者差別解消法に基づく環境整備、合理的配慮の提供が必要なため、全ての聴覚障害児・者が、情報アクセスとコミュニケーションのバリアなく、自ら選択する言語やコミュニケーション手段で障害福祉サービスの利用ができるよう整備して行くことが必要です。また、聴覚障害児・者の発達保障を考えると、集団保障も重要です。

【意見・提案の内容】

全国的に見てもろう重複や聴覚障害児・者の専門施設は、数がまだまだ少なく地域格差が大きいといわざるを得ない現状があります。聴覚障害児、ろう重複障害児の専門施設はなおさらです。(全国聴覚・ろう重複児施設協議会・参考資料3)

国及び地方自治体と聴覚障害者協会など当事者団体や親の会など関係団体が力をあわせて事業所を全国各地に広げていく必要があります。(参考資料4)

視点-3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

【意見・提案を行う背景、論拠】

障害者権利条約の批准、また障害者差別解消法に基づく環境整備、合理的配慮の提供が必要なため、全ての聴覚障害児・者が、情報アクセスとコミュニケーションのバリアなく、自ら選択する言語やコミュニケーション手段で障害福祉サービスの利用ができるよう整備して行くことが必要です。また、聴覚障害児・者の発達保障を考えると、集団保障も重要です。

【意見・提案の内容】

児童発達支援事業・放課後等デイサービス事業は、地域に信頼される事業であるために質の向上を図る必要があります。

地域のろう学校など特別支援学校及び地域の聴覚障害者協会など当事者団体、親の会などと事業所運営に関して連携と意見交換を行いながら運営している事業所を評価します。

(参考資料1)

全国ろう重複障害者施設連絡協議会(1997年4月1日発足・現在49ヶ所)

No	施設名	事業名	所在地	No	施設名	事業名	所在地
1	わかふじ寮	就労移行支援・施設入所支援・就労継続支援B型	北海道上川郡新得町西三条北1丁目5-3	26	京都市西ノ京障害者授産所青空工房	就労移行支援・生活介護	京都府京都市中京区西ノ京東中合町2
2	第2わかふじ寮	生活介護・施設入所支援	北海道上川郡新得町西三条北1丁目5-3	27	京都市聴覚言語障害センター若木寮	施設入所支援・生活介護・就労移行支援	京都府京都市中京区西ノ京東中合町2
3	ほほえみ作業所	就労継続支援B型	北海道札幌市白石区菊水元町5条1丁目9-8	28	第2あおぞら就労支援事業所	就労継続支援B型	京都府京都市中京区西ノ京南壺井町28-1
4	ほほえみ西	地域活動支援センター	北海道札幌市西区二十四軒4条3丁目4-35 カルテド札幌108	29	就労支援センターみなみかぜ	就労継続支援B型・自立訓練	京都府城陽市寺田林ノ口11-64
5	ほほえみ厚別	地域活動支援センター	北海道札幌市札幌市白石区栄通18丁目10-16 ハマナスビル103号	30	いっぽの家	就労継続支援B型・生活介護	奈良県大和郡山市杉町134-5
6	宮城ろう重複そよかぜの広場	小規模作業所	宮城県仙台市太白区郡山三丁目5番32号	31	なかまの里	生活介護・施設入所支援・就労移行支援	大阪府泉南郡熊取町久保2329
7	なのはなの家	就労継続支援B型	福島県福島市森合字台4番地	32	ほくぶ障害者作業所	就労継続支援B型・生活介護	大阪府堺市北区南花田町536-1
8	けやき	地域活動支援センター	福島県郡山市大槻町字小山田13	33	あいらぶ工房	就労継続支援B型・生活介護	大阪府大阪市港区港晴1-7-4
9	らいおん工房	就労継続支援B型	千葉県千葉市中央区港町1-2	34	北摂聴覚障害者センターほくほく	就労継続支援B型	大阪府吹田市岸部中3-13-4
10	たましろの郷	生活介護・施設入所支援	東京都青梅市長淵5-1420-2	35	くじら共同作業所	就労継続支援B型・生活介護	和歌山県和歌山市六十谷490-5
11	ふれあいの里・どんぐり	生活介護・施設入所支援	埼玉県入間郡毛呂山町西大久保695-2	36	田辺くじら作業所(分所)	就労継続支援B型(分所)	和歌山県田辺市上の山2-12-58
12	春里どんぐりの家	就労継続支援B型・生活介護	埼玉県さいたま市見沼区小深作186-2	37	たじま聴覚障害者センター	就労継続支援B型	兵庫県豊岡市城南町23番6号豊岡健康福祉センター2階
13	あさひ共同作業所	地域活動支援センター	新潟県新潟市東区小金町1-7-15	38	たつのころあハウス	就労継続支援B型	兵庫県尼崎市立花町4丁目8番12号
14	手楽来家	就労継続支援B型	新潟市江南区東船場3丁目1-28	39	神戸ろうあハウス	就労継続支援B型	兵庫県神戸市兵庫区駅南通5丁目4 西高架下16
15	光道園 光が丘ワークセンター	施設入所支援・生活介護	福井県丹生郡朝日町朝日22-2-2	40	おのころの家	就労継続支援B型	兵庫県洲本市中川原町中川原222-2
16	まつぼっくり	生活介護	静岡県浜松市浜北区善地692	41	はりまふくろうの家	就労継続支援B型	兵庫県姫路市東延末2-51中川ビル1階
17	遠州みみの里	就労継続支援B型・生活介護	静岡県浜松市中区和合町220-387	42	やまもも	地域活動支援センター	徳島県徳島市中島町4丁目4-4
18	ありんこの里	就労継続支援B型	静岡県静岡市駿河区西脇1142-2 8.11号室	43	聴覚障害者就労継続支援センターふくろう	就労継続支援B型	鳥取県米子市義方町11-39
19	聴覚障害者支援事業所 ほっとくる	地域活動支援センター	愛知県名古屋市中区熱田区神宮3丁目3-11	44	広島ろう重複障害者 アイラブ作業所	就労継続B型・生活介護	広島県広島市中区吉島西1-7-2
20	聴覚・ろう重複センター 碧	生活介護	愛知県名古屋市中区守山区守牧町19	45	セルブ南風	施設入所支援・生活介護・就労継続B型	山口県宇部市あすとびあ2-2-15
21	聴覚・ろう重複センター 桃	就労継続支援B型	愛知県春日井市岩野町2丁目2-7	46	セルブ藤山	就労継続支援B型	山口県宇部市西平原4-2342-1
22	聴覚・ろう重複センター そら	日中一時支援	愛知県豊橋市堂坂町13番地	47	ぴあ南風	相談支援事業所	山口県宇部市鶴の島町5-21
23	聴覚・ろう重複センター ひまわり	日中一時支援	三重県津市垂水2868-7	48	ろうあ工房つつじ	地域活動支援センター	福岡県久留米市高良内町666
24	びわこみみの里	就労移行支援・生活訓練・就労継続支援B型	滋賀県守山市水保町165-1	49	ぶどうの木	就労継続支援B型	鹿児島市草牟田町6-1松尾ビル1F
25	いこいの村・栗の木寮	生活介護・施設入所支援	京都府綾部市十倉名畑町久瀬谷2				

(参考資料2)

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算及び食事提供体制加算 取得状況

	平成28年12月国保連データより	平成29年4月 ろう重複協基礎データ調査より	
	視覚・聴覚言語障害者支援体制 加算の取得率(%)	視覚・聴覚言語障害者支援体制 加算の取得率(%)	食事提供体制加算の 取得率(%)
生活介護	1.7%	87.5%	62.5%
施設入所	3.3%	87.5%	
自立訓練(機能訓練)	9.9%	100.0%	100.0%
自立訓練(生活訓練)	0.4%	100.0%	0.0%
宿泊型自立訓練	0.0%	—	—
就労移行	0.6%	50.0%	0.0%
就労継続A	0.4%	—	—
就労継続B	1.0%	95.8%	54.1%
共同生活援助 (介護サービス包括型)	0.6%	—	
共同生活援助 (外部サービス利用型)	0.1%	—	
		全体 90.4%	全体 54.5%

(参考資料3)

全国聴覚・ろう重複児施設協議会(平成27年3月発足・現在13ヶ所)

No.	事業所名	児童発達支援	放課後等デイ	住所
1	聴覚障害児児童クラブきらきら	○	○	群馬県前橋市南町2丁目66-9
2	クラブかたつむり		○	東京都国分寺市日吉町4-29-12
3	きこえこども支援センターひなげし	○	○	石川県金沢市円光寺2-5-1
4	聴覚・ろう重複センターつくしっこ	○	○	愛知県名古屋市千種区今池南30番2号 川島第三ビル1-A
5	聴覚・ろう重複センター茜	○	○	愛知県岡崎市伊賀町字6丁目47
6	聴覚・ろう重複センター楓	○	○	愛知県豊橋市堂坂町13番地
7	舞鶴市聴覚障害児放課後等デイサービス「さくら」	○	○	京都府舞鶴市余部上2-9舞鶴市障害者総合支援センター内
8	京都聴覚障害児放課後等デイサービス「にじ」		○	京都府京都市上京区猪熊通丸太町下る中之町519京都社会福祉会館3階
9	キッズステーション アウル		○	奈良県奈良市大宮町2丁目3 東急ドエル奈良パークビル10号棟106
10	放課後デイサービス手と手の広場		○	広島県広島市中区光南2丁目10-8西本ビル1F
11	たじま聴覚障害者センター児童通所支援事業所	○	○	兵庫県豊岡市城南町23番6号 豊岡健康福祉センター2階
12	スケッチブック		○	福岡県福岡市早良区荒江3-32-14
13	放課後等デイサービス事業所「デフキッズ」		○	鹿児島県鹿児島市下伊敷1-43-2 種子田コーポ2F

(参考資料4)

【聴覚障害児・者の地域生活支援の手引き「地域で生きる 拠点を創る」】について

当連盟ではこの度、(公財)みずほ福祉助成財団・平成27年度社会福祉助成事業「聴覚障害児・者の地域生活支援に関する研究」を行い、【聴覚障害児・者の地域生活支援の手引き「地域で生きる 拠点を創る」】(※参考資料)としてとりまとめました。

本書では、第1章で聴覚障害者を対象とした社会資源創出の歩みと今後の課題、第2章で児童デイサービス、地域活動支援センター、グループホームを設置した地域の事例紹介、第3章で施設創出に向けた準備の進め方、第4章で土地・建物の確保等、事業運営における留意点、第5章で聴覚障害児、ろう重複障害者、高齢聴覚障害者支援のポイント、第6章で調査結果から見た事業成功の秘訣などが、写真やグラフとともに紹介されています。

全国各地において、聴覚障害に配慮した放課後等デイサービス、地域活動支援センター、グループホーム等、聴覚障害児・者の地域生活を支援する施設作りに結びつくことを願っています。

平成30(2018)年度 障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見

全国就労移行支援事業所連絡協議会
副会長 酒井大介

全国就労移行支援事業所連絡協議会の概要

1. 設立年月日：平成24(2012)年8月22日

2. 活動目的と活動内容

－ 就労移行支援事業所の必要性と重要性を検証し、障害者の一般就労の促進をより一層図るための施策提言を行うことを目的とする

－ 主な活動内容

- 就労移行支援タウンミーティングや課題共有カンファレンスの開催
- 厚生労働省への要望書提出と政策提言
- 年度ごとの会員事業所アンケートの実施と公表
- 就労移行支援事例集の作成と公表

3. 加盟事業所数：一定水準の就労定着率を実現している全国66事業所

4. 会長：石原康則

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見(概要)

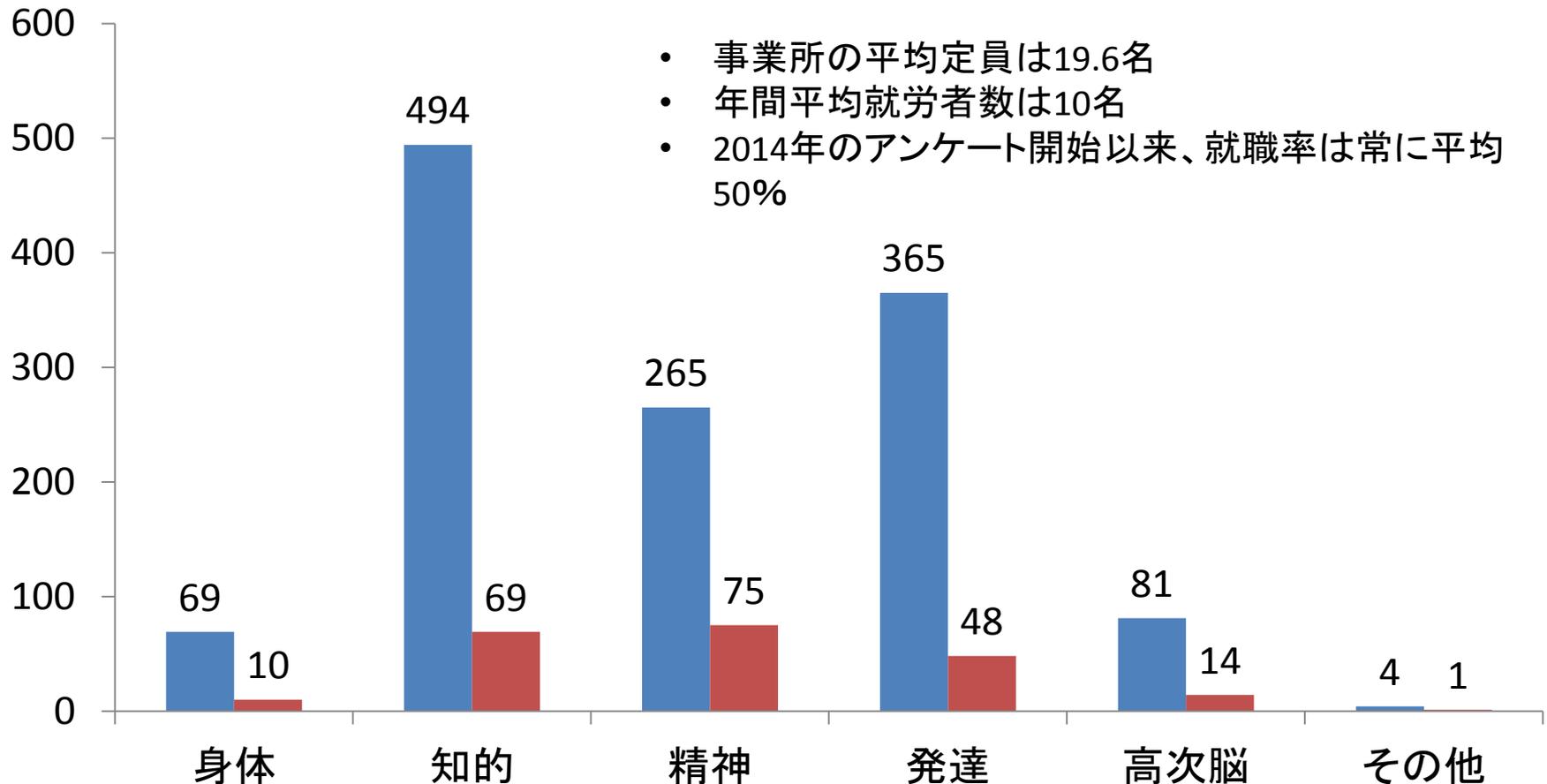
- より質の高いサービスを提供するために
 - 課題: 一般就労に向けたアセスメントとマッチングを充実させる必要がある
 - 対応策1: 現行の就労定着支援体制加算同様、事業所内でのアセスメントとマッチングを評価する仕組みの継続
 - 対応策2: 専門性の高い人材を事業所で雇用できる仕組み
- 利用者ニーズに応じたサービス提供体制を確保するために
 - 課題: 現状の就労系障害福祉サービスが利用者ニーズとマッチしていない場合がある
 - 対応策1: 相談支援事業所によるサービス等利用計画やモニタリング等のチェック機能を徹底する施策
 - 対応策2: 創設される情報公開制度における詳細な情報公開
 - 対応策3: 自治体間の法令等の解釈相違の是正
- 障害福祉サービスを持続可能にするために
 - 課題: 就労系障害福祉サービス事業所の成果が二極化している
 - 対応策1: 報酬におけるより一層のメリハリ付け
 - 対応策2: 各自治体の監査と総量規制の徹底
 - 対応策3: 企業での雇用を第一義とする Employment First 理念の浸透
- 就労定着支援事業について
 - 就労実績のある既存の就労系障害福祉サービス事業所が実施し、定着支援員を配置して一定期間にわたり、就労後に必要な生活面の支援や調整を行う事業とするのはいかがでしょうか
 - この場合、報酬を月単位とし、年度ごとの定着率に応じた加算を導入することとしてはどうか

より質の高いサービスを提供するために(1)

- **現行の就労定着支援体制加算同様、事業所内でのアセスメントとマッチングを評価する仕組みを継続すべき**
 - 法定雇用率が来年度から2.2%になり、その後3年以内に2.3%へ
 - 企業はさらに先を見越して雇用を開始しており、更なる求人の増加が見込まれる
 - 報酬体系如何によっては、就労準備訓練やアセスメントが不十分なまま送り出す事業所が増え、新規に創設される就労定着支援事業の内容が不十分なマッチングの後始末支援になりかねない
 - 平成28(2016)年5月24日の改正障害者総合支援法参議院付帯決議
 - 障害者が自立した生活を実現することができるよう、就労移行支援や就労継続支援について、適切なジョブマッチングを図るための仕組みを講じ、一般就労への移行促進、退職から再就職に向けた支援、工賃及び賃金の引上げに向けた取組をより一層促進すること
 - 現行の移行準備支援体制加算は就労支援プロセスにとって非常に重要な加算のため、今後も継続してはどうか
 - 就労定着支援体制加算の前身は就労移行支援体制加算であり、就労移行実績に対するインセンティブの目的も含まれる

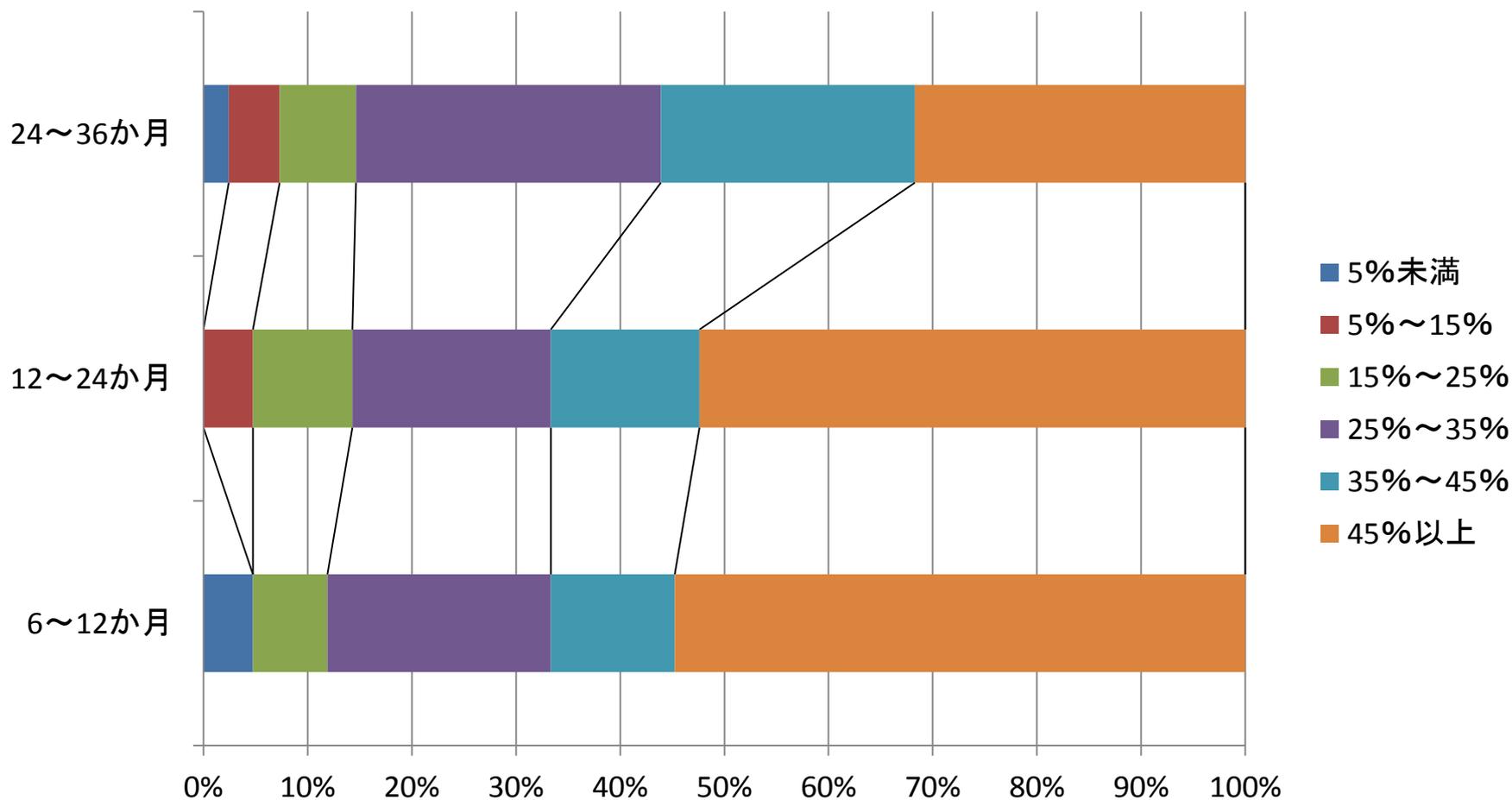
会員事業所42か所における 過去3年間の就職・離職件数

■ 過去3年間の就職件数(1278件) ■ 過去3年間の離職件数(217件)



- 事業所の平均定員は19.6名
- 年間平均就労者数は10名
- 2014年のアンケート開始以来、就職率は常に平均50%

会員事業所42か所における 就労定着支援体制加算取得状況



全国就労移行支援事業所連絡協議会調べ

より質の高いサービスを提供するために(2)

- **専門性の高い人材を事業所で雇用できる仕組みが必要**
 - 障害福祉サービスの人材確保・人材育成は継続的な課題
 - 報酬単価の引き下げは、他の産業と比べて低賃金の状況に拍車がかかり、より人材確保が困難になる恐れがある
 - 人材育成については、就労支援関係研修の内容を拡充し、受講対象を職業指導員や他の就労系サービスまで範囲を広げて、受講を評価する仕組みにしてはどうか
 - 就労系障害福祉サービスでは精神障害者の利用が増加し、難病等がある方の利用も徐々に増える中で、医療的視点を持った職員が支援現場に必要
 - 現行の福祉専門職員等配置加算に作業療法士や理学療法士の配置を加算対象に含めてはどうか

利用者ニーズに応じたサービス提供体制を 確保するために(1)

- **相談支援事業所によるサービス等利用計画の体制やモニタリング等のチェック機能を強化する施策が必要**
 - － 利用者ニーズにマッチしていない就労系障害福祉サービス
 - 就労移行: 就労者を輩出していない・適切なマッチングを行っていない・就労後のフォローを他機関に任せて加算をもらっている
 - A型事業所: 一律短時間・離職者が多い・生産活動を行っていない・一般就労可能な利用者が継続利用
 - B型事業所: 工賃が非常に低い・一般就労可能な利用者が継続利用
 - － サービス提供の状況を第三者が評価する仕組みを強化してはどうか
 - この間の計画作成率の改善は、セルフプラン導入による影響が大きいと考えられる(都市部では全体の4割はセルフプラン)
 - サービス利用計画案作成の重要性を考慮すると、相談時間やモニタリングに時間がかけられる相談支援体制の構築が大切である
 - それを実現するために相談支援の報酬体系の大幅な見直しをしてはどうか
 - またセルフプランであっても、相談支援事業所や障害者就業・生活支援センター等のチェック機能を強化して現状を確認することのできる仕組みを導入してはどうか

利用者ニーズに応じたサービス提供体制を 確保するために(2)

- 障害福祉サービス等情報公開制度が創設される
 - 利用希望者がニーズに合ったサービスを選択できるようになる
- **現行の就労系障害福祉サービスについては、事業所の基本情報以外に、以下の項目を公開してはどうか**
 - 一日当たりの平均利用率
 - 事業所におけるプログラムやアセスメント方法
 - 工賃実績・工賃支払方法
 - 施設外支援・施設外就労の延べ件数と定員に対しての実習割合
 - 1年間の退所者(就職ではなく、退所した人数)
 - 障害別の就職者数
 - 就職先企業(産業分類別や職務別)
 - 雇用形態(正規か非正規か、労働時間)
 - 離職理由
 - 連携先

利用者ニーズに応じたサービス提供体制を 確保するために(3)

- **自治体間での法令等の解釈に相違がないようにすべき**
 - － 自治体間で法令等の解釈が異なり、利用者ニーズに合わせたサービス提供に支障が出ている事例がある
 - 就労移行支援事業の利用回数:複数回利用できるのか、一生に一度なのか
 - 就労移行支援事業の対象者:休職中の者は利用できるのか、大学生は利用できるのか
 - 就労継続支援事業A型の暫定支給決定:必要なのか、不要なのか
 - － 改正法施行後も法令等の解釈に相違がないよう以下の点を明示してはどうか
 - 就労移行支援事業は再就職に向けた支援も行なう事から、複数回利用できることを明示してはどうか
 - 平成29(2017)年3月30日付「平成29年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ&A」で、休職中の障害者と大学生等も就労系障害福祉サービスを利用可能と明示されていることから、就労系障害福祉サービスを利用して企業に雇用された場合、休職中の障害者と大学生も就労移行・就労定着に関わる加算の対象であると明示してはどうか
 - 就労定着支援事業においては転職についても報酬上の対応をしてはどうか
 - － 会員アンケートにおいて、過去3年間で217名の離職者の内87名(約40%)が転職を果たしており、その内16名(約18%)は在職中に転職活動の支援を受けて転職を果たしている
 - 就労継続支援事業A型は障害福祉サービスであることから、暫定支給決定が必要と明示してはどうか

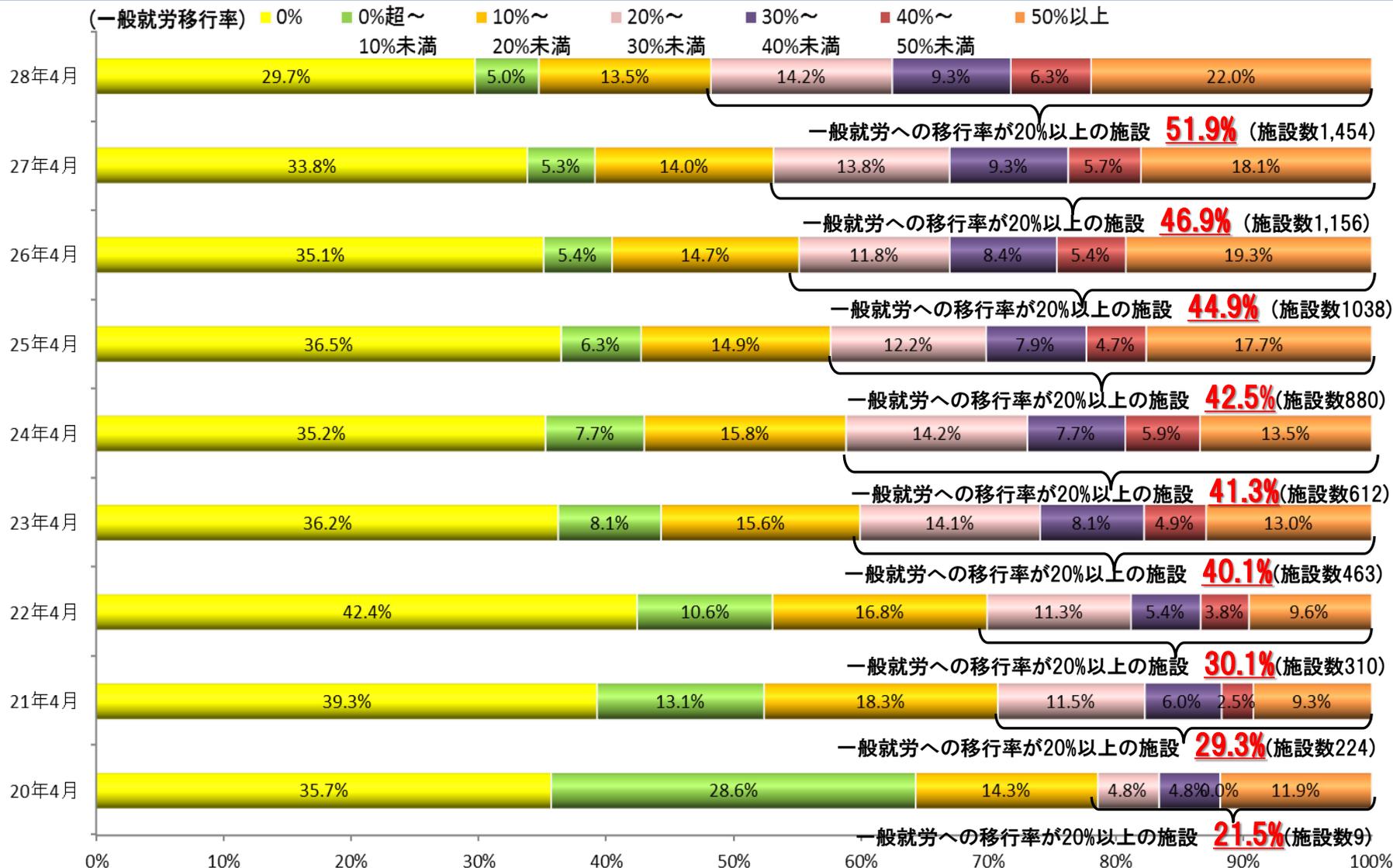
障害福祉サービスを持続可能にするために(1)

• 報酬におけるより一層のメリハリ付けが必要

- 平成27(2015)年度の報酬改定における評価の見直しにより、一般就労移行率ゼロの就労移行支援事業所の割合が若干減少したことを踏まえ、この流れを継続すべきである
- 同時に、実績ある就労移行支援事業所が利用者確保に苦慮している場合が多く、当会会員アンケートでは毎年、約70%の事業所が定員を割った状態で運営しており、充足率50%未満の事業所も20%ほどある
 - 実績ある事業所へ更なる加算強化をしてはどうか
 - 現行の就労定着支援体制加算は成果報酬としての機能を充分果たしているため、就労定着支援事業が個別給付化しても同様の形で継続してはどうか
 - 就労定着支援事業においても定着割合に応じた加算を創設してはどうか

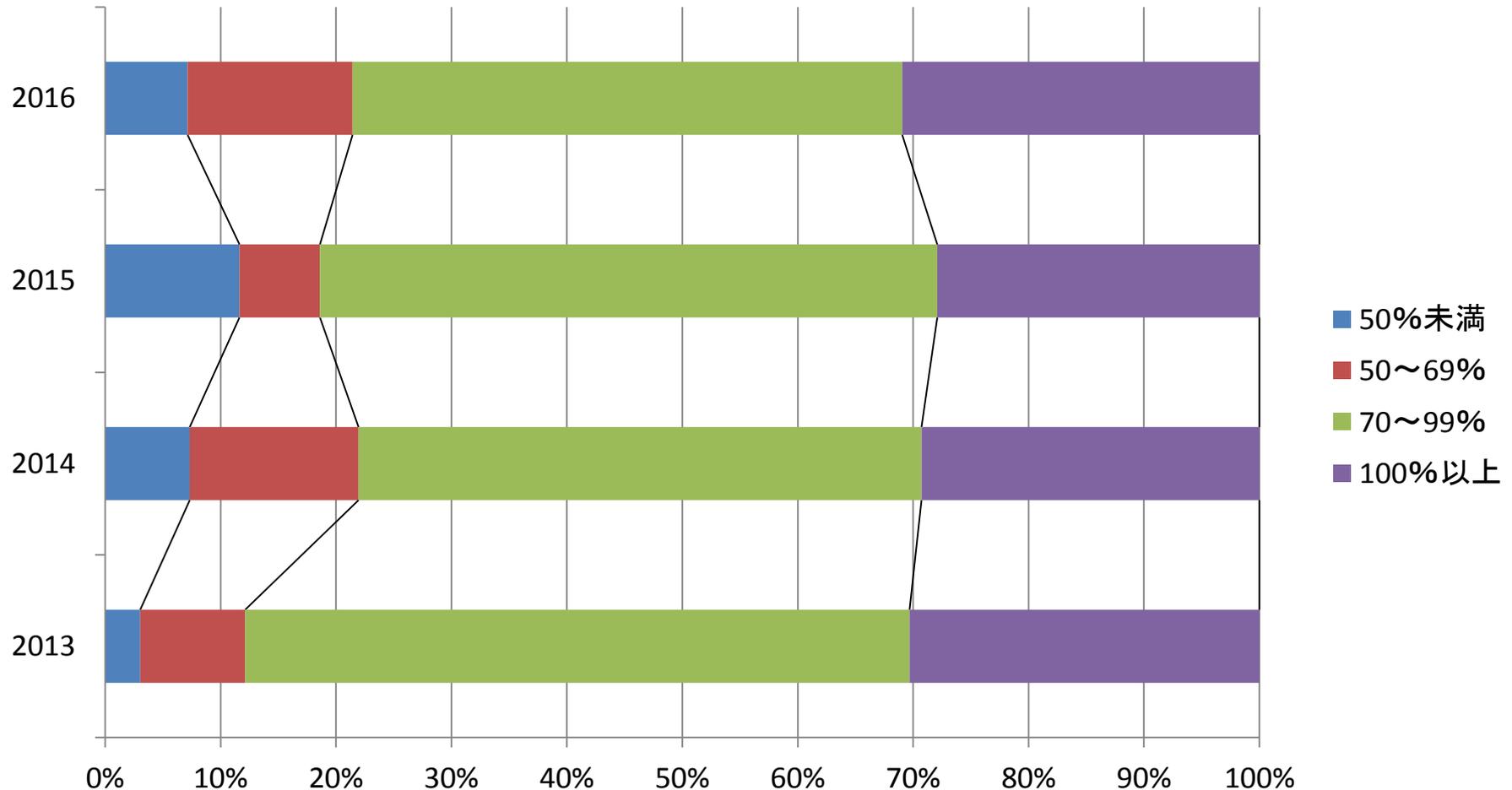
就労移行支援事業による一般就労への移行率別の施設割合の推移

○ 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、51.9%である。一方で、移行率が0%の事業所が3割弱となっている。



【出典】厚生労働省障害福祉課調べ(平成28年4月分 回答率:89.2%)

会員事業所における定員充足率



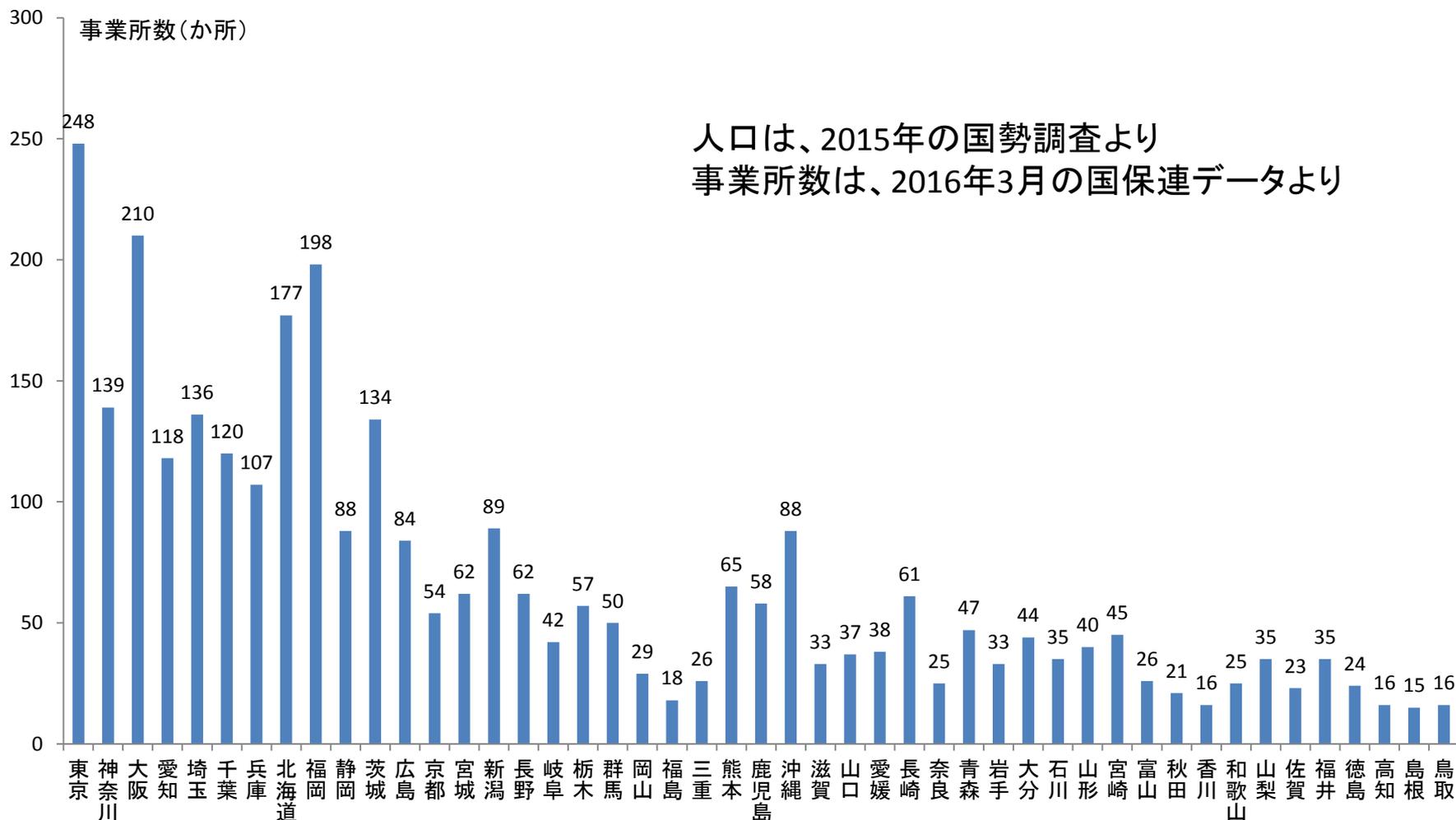
全国就労移行支援事業所連絡協議会調べ

障害福祉サービスを持続可能にするために(2)

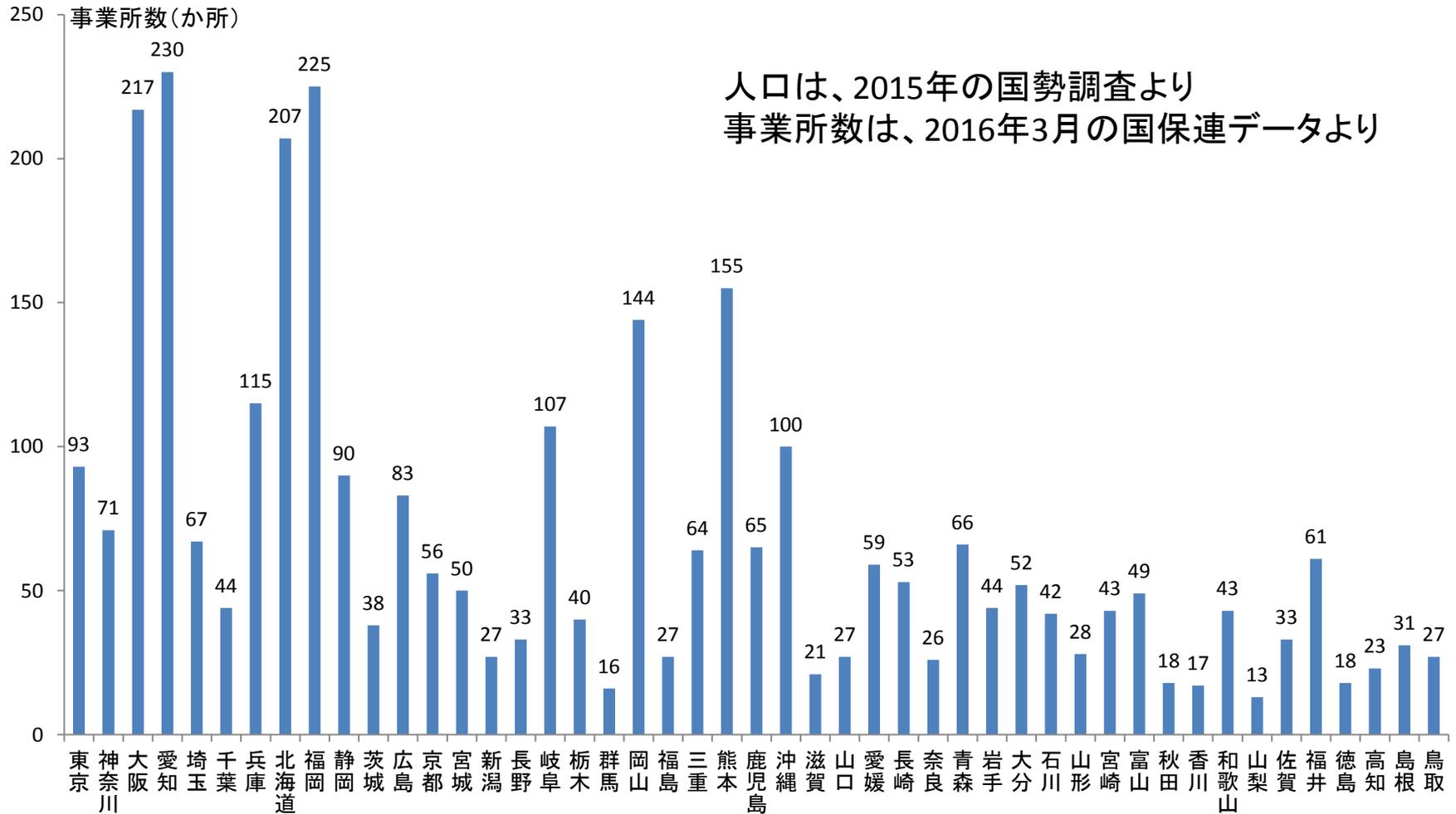
• 各自治体の監査と総量規制の徹底

- 改正法において、自治体による調査事務・審査事務を効率化することになっていることから、各自治体による監査をより精緻化し、不正な事業所への指導を徹底すべきである
- 事業所数を都道府県の人口別で並べてみると、特にA型の事業所数がアンバランスで、過当競争に陥っていることが懸念される
- 就労継続支援事業A型とB型については、総量規制を可能にされているところであり、障害福祉計画において、必要な事業所量を定める等、過当競争を抑制し、量から質への転換を図る時期に来ているのではないか
- 実際にどのぐらい規制されているのか、データを示してはどうか

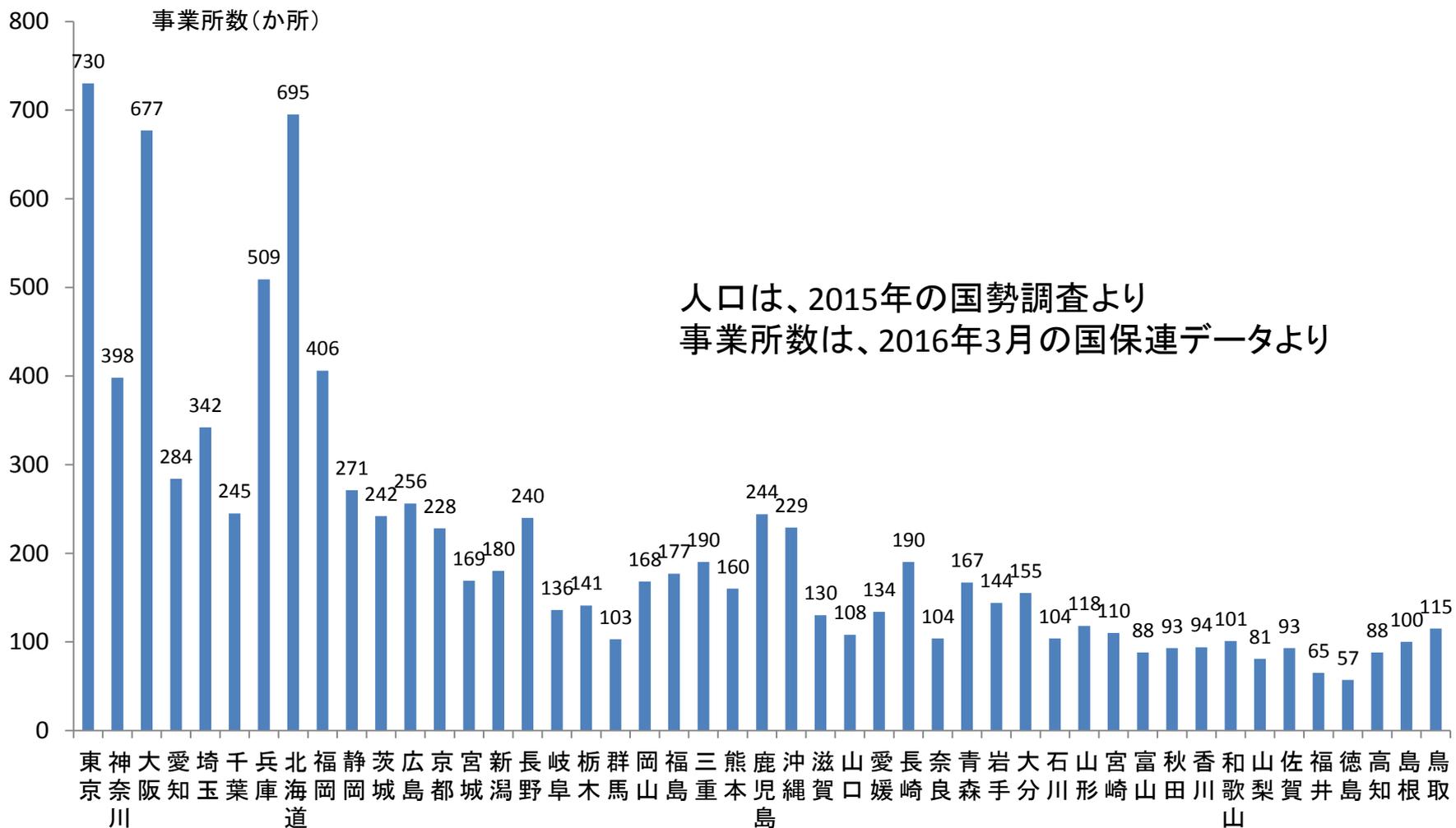
都道府県別の就労移行支援事業所数 (人口規模順)



都道府県別のA型事業所数 (人口規模順)



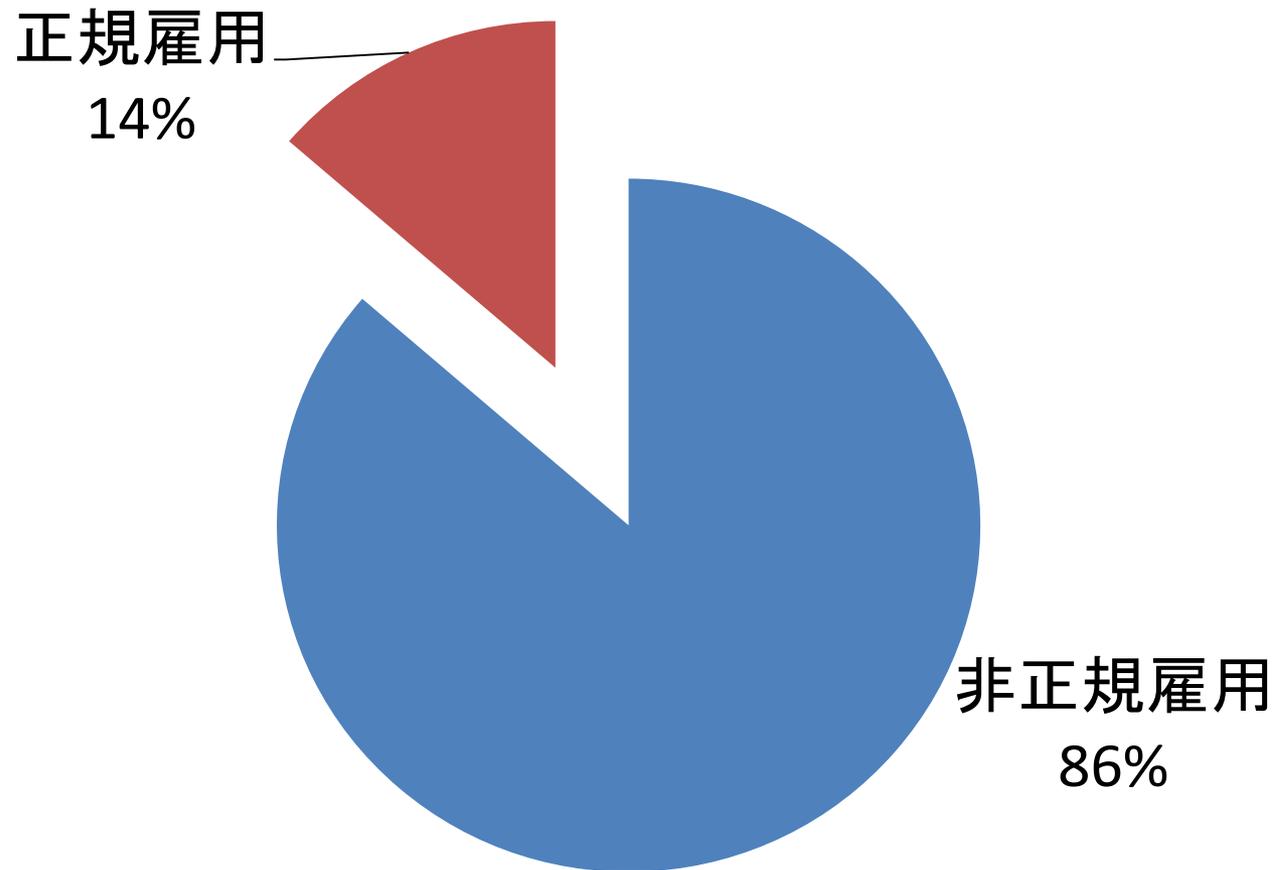
都道府県別のB型事業所数 (人口規模順)



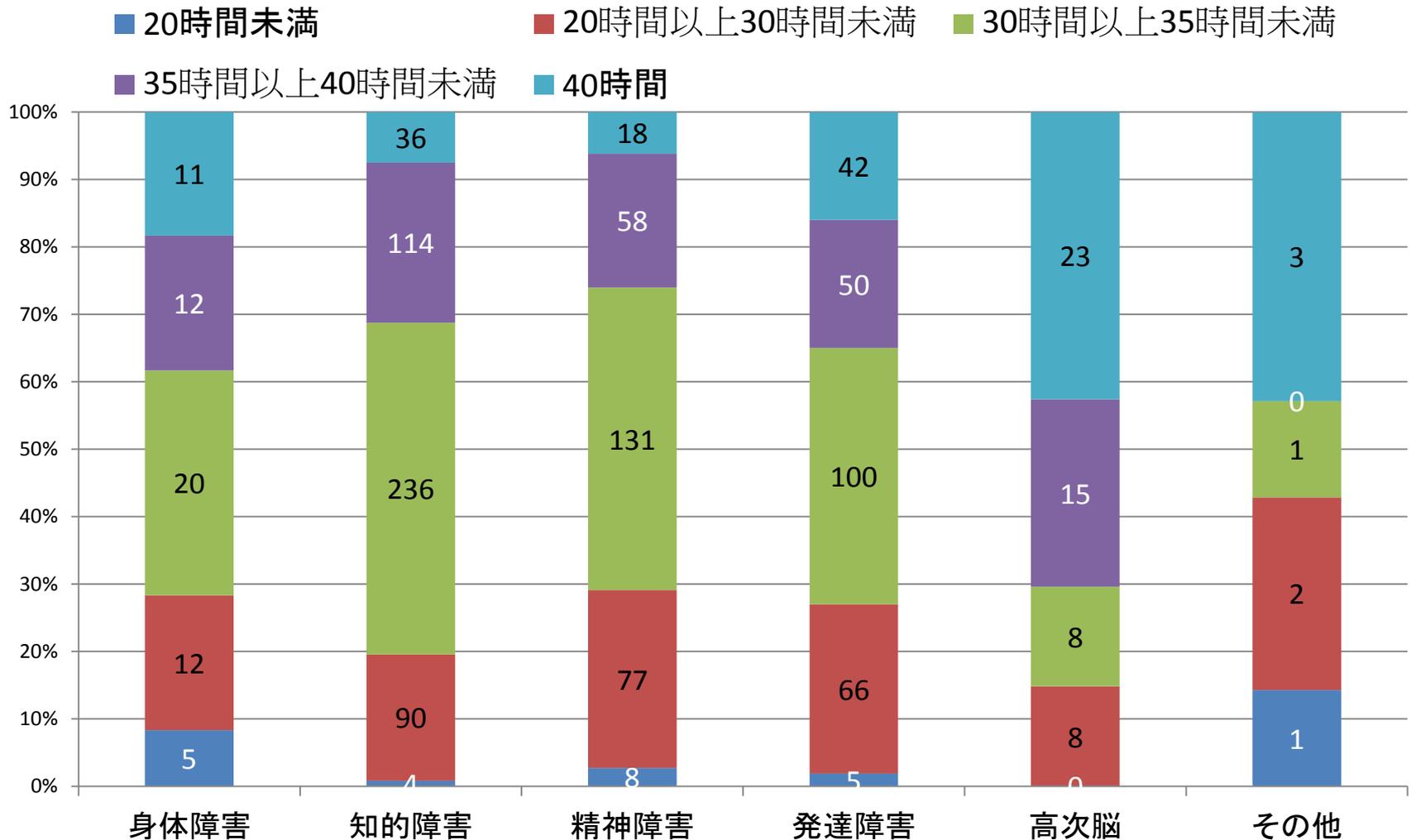
障害福祉サービスを持続可能にするために(3)

- **企業での雇用を第一義とするEmployment First 理念の浸透が必要**
 - 日本において就労系障害福祉サービスが充実し、障害特性に配慮した多様な働き方ができるようになりつつあるが、最優先すべきは、労働対価や社会的統合度合が最も高い一般就労である
 - 平成29(2017)年6月2日に発表された「平成28年度・障害者の職業紹介状況等」において、ハローワークを通じた障害者の就職件数(93,229件)の内、約23%にあたる21,607件がA型事業所の利用だった
 - A型事業所の実態を踏まえた上での紹介だったのか疑問が残る
 - A型事業所の利用が一般就労と同義とみなされれば、一般就労の促進が財政を圧迫することになる
- **就職した障害者が、生きがいを持って働くことのできる労働環境を整える施策も必要**
 - 当会の会員アンケートでは、働く障害者の大部分が非正規雇用で、労働時間は30時間～35時間が最も多い
 - 最低賃金引上げによって、短時間労働に転換させられる可能性もある
 - 就職先で活躍することで、障害基礎年金を受給できなくなるケースもある
 - 雇用率のみに目を向けるのではなく、労働の質も問うべきではないか

就労者の雇用形態 (N=1156)



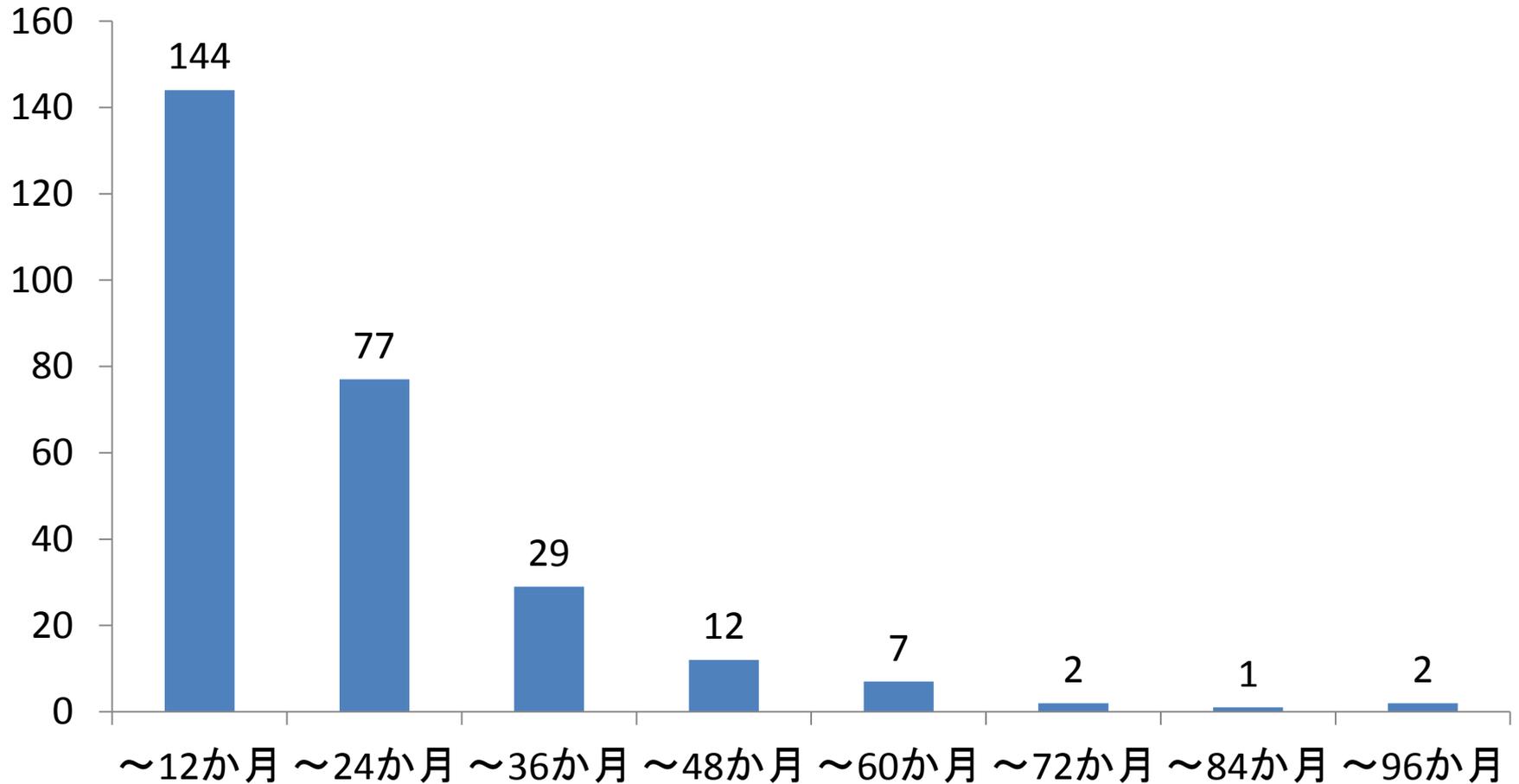
障害別の契約労働時間分布 (N=1156)



就労定着支援事業について

- **出身母体の事業所が責任を持って定着支援を行う仕組み**
 - － 就労系障害福祉サービスから就労した人を対象に就業生活面に課題がある者としてはどうか
- **事業の実施方法**
 - － 就労移行支援事業等に定着支援担当職員を配置して実施してはどうか
 - － 報酬はモラルハザードを起こさないよう、月数回の定着支援をイメージして月単位の報酬形態にしてはどうか
- **サービス提供方法**
 - － 定員を設けず、個別の契約者数としてはどうか
 - － 定着支援事業は単独での事業ではなく、就労実現実績の高い事業所に併設すると共に、定着実績を評価する仕組みを導入してはどうか
 - － 就労実現後、6ヶ月後からの契約として、中長期的な期間を設けて、個々の状況に応じてサービスを提供することとしてはどうか
 - － 支援内容は定められた計画の下で個別支援を行い、状況の把握に努めることとしてはどうか
 - － 生活支援という観点から就労者の通院に職員が同行した場合の加算を設けてはどうか
 - － サービス提供期間を複数年にした場合、利用者負担が発生する恐れがあり、そのことでサービスが途切れないよう留意する必要がある

離職までの勤続月数 (N=274)



全国就労移行支援事業所連絡協議会調べ

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

特定非営利活動法人 DPI日本会議
事務局次長 今村 登
白井 誠一郎

特定非営利活動法人 DPI日本会議の概要

1. 設立年月日: 1986年3月30日

2. 活動目的及び主な活動内容:

DPI(障害者インターナショナル)日本会議は、全国95の団体が加盟する、障害種別を超えて障害当事者が中心に活動している団体です。どんなに重い障害のある人も施設や病院ではなく障害のない人と共に、同じように、地域で暮らすことができるよう、活動している団体です。障害者自身による権利擁護活動、障害者の地域における自立生活の確立、障害のある子どもが地域の学校で障害のない子どもと共に学び育つインクルーシブ教育の制度の実現、交通機関・建物・情報などのバリアフリー社会の実現など、広範な分野において活動しています。

【主な活動内容】

- ・ 政策提言活動
- ・ 地域活動との連携
- ・ 国際協力
- ・ 権利擁護
- ・ 広報
- ・ 次世代育成

3. 加盟団体数(又は支部数等): 95団体(平成29年6月時点)

4. 法人代表: 代表 平野 みどり

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

項目	要望	視点
1. 重度訪問介護	①行動援護と同様にサービス提供場所にかかわらず、全てを障害者特有のサービスに	1・2・3
	②早朝夜間の加算を現行の25%から50%に引き上げること	1・2
	③入院中のヘルパー利用は障害支援区分による制限を設けず、支援内容も柔軟に組み立てること	2
	④介護保険との併給時における国庫負担基準減額の仕組みを廃止すること。あるいは介護保険料(支給限度額)で障害のサービスの利用を可能にすること。	2・3
2. 医療的ケア	①医療的ケアに取り組む事業所に対する評価を大幅に引き上げること	1
	②地域において医療的ケアを安全に行うために必要な頻回の同行研修について報酬上の評価をすること	1
3. グループホーム	①個別ヘルパー利用の恒久化を	2
4. 精神障害者支援	①地域移行、地域生活支援のあり方について、医療による困り込みではないサービス体系を構築するために自立生活援助や重度訪問介護の利用を促進すること	1・2・3
5. 自立生活援助	①狭義の訓練に限定せず、虐待防止や権利擁護の取り組みの一環として位置づけること	1
	②事業運営が可能となるような一定の水準の報酬を確保すること	3
	③必要に応じて利用期間の延長を回数の制限なくできるようにすること	1・2
6. 相談支援	①相談支援にかかる報酬全体の底上げを	1・2・3
	②頻回の相談支援を必要とする場合の評価を	1・2
	③計画相談の報酬単価を障害支援区分に応じて傾斜配分すること	1・2・3
	④地域移行支援における契約以前の頻回の働きかけを評価すること	1
	⑤地域移行の中で、在宅からの自立支援についてピアカウンセリングや自立生活プログラム、体験宿泊などについて評価する仕組みの導入を	1

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

項目	要望	視点
7. 移動支援	①市町村の要綱における行き先や自宅発着などの不当な制限を撤廃すること	1・2・3
	②市町村の財政負担を支援するための効果的な方策を講じること	1・3
8. 地域生活支援拠点	①面的整備と全国的に必要なコーディネーターの配置ができるような費用の保障を	1・2・3
	②拠点整備の普及を図るための市町村への財政支援策を	3
9. 障害者権利条約を踏まえたサービスの適正化	①障害児を分ける仕組みとなっている現在の放課後等デイサービスの仕組みはあらためるべき	1・2・3
	②生活介護はより重度の人が使えるような報酬の適正化を	1・2・3
	③就労継続A型は本来の目的である一般就労につながるよう報酬の適正化を	1・2・3
10. 自己負担のあり方	①負担能力に応じた応能負担を原則とし、必要な予算の確保を	3

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

1 重度訪問介護について

- ①重度訪問介護は、行動援護と同様にサービス提供場所に拘わらず、すべてを障害者特有のサービスとして位置づけること。
- ②早朝夜間の加算を現行の25%から50%へ引き上げること。
- ③入院中の利用を認めることにより、現在より支給量は増えることはない。従って、対象者については実際に区分が4や5であっても入院中のヘルパーによる支援が必要なものもある。そのため、障害支援区分による区別ではなく、支援の必要性に着目して区分6以外の者でも利用できるようにすべきである。また、支援の内容については、利用者のニーズを中心に柔軟に組み立てること。
- ④65歳以降、介護保険との併給者の国庫負担基準が3分の1程度に下がる仕組みとなっているが、この仕組みが65歳問題の大きな一因となっていることから、介護保険対象者への減額の仕組みを廃止し、介護保険対象者についても通常の国庫負担基準の金額が支給されるようにすること。

2 医療的ケアについて

- ①医療的ケアに取り組む事業者に対し、大幅に評価を引き上げること。とりわけ特定事業所加算Ⅰを取得している事業所が何ら評価されないことは問題である。
- ②医療的ケアを地域において安全に行うために必要な頻回の同行研修について報酬上の評価を行うこと。

3 グループホームの個別ヘルパー利用について

- ①包括的な重度対応では対応できない医療的ケアや行動障害など様々な障害特性に対応し、個々のニーズを反映するために、住まい方の1つの選択肢としてグループホームにおける個別ヘルパー利用を恒久化すること。この仕組みは重度障害者が施設や病院から地域移行を進めていく準備段階においても重要な支援であることを踏まえた対応が必要である。

4 精神障害者支援について

- ①精神障害者の地域生活支援のあり方について、医療による囲い込みではないサービス体系を構築するための自立生活援助や重度訪問介護の利用を促進すること。

5 新しく始まるサービスについて

(1) 自立生活援助

- ・ 狭義の訓練に限定せず、虐待防止や権利擁護の取り組みの一環として位置づけるとともに、事業運営が可能となるように一定の水準の報酬を確保し、頻回の訪問に対する評価や特定事業所加算などを講じること。また、サービス等利用計画にもとづいて必要に応じて利用期間の延長ができるようにすること。様々な生活上の課題について定期的な巡回による見守りがあることによって、地域で継続的に暮らせるようになる者も少なくないと考えられることから延長の回数には特に制限を設けないこととする。

(2) 共生型サービス

- ・ 重度訪問介護従業者のみの資格で、介護保険の訪問系サービス(身体介護、生活援助)を行えるようにすること。この場合、重度訪問介護の報酬単価が良い。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

6 相談支援について

(1) 相談支援

- ・ 処遇改善の対象から外れているため報酬上の格差が生じていることを踏まえ、全体の底上げを行うこと。
- ・ 意思決定支援ガイドラインに沿った対応を実現するためにも、相談支援に係る報酬全体の底上げを図ること。

(2) 計画相談

- ・ エンパワメント型の支援を行うために頻回の相談を必要とする場合を評価すること。
- ・ 障害の程度により、計画作成に至るまでの事前の相談(聞き取り、調整等)に要する時間や労力に大きな差が生じているが、一律の報酬であるため、比較的軽度の人に絞って計画相談を受ける事業所も増えている実態がある。これを是正するために計画相談の報酬単価を、障害支援区分別に設定すること。

(3) 地域相談支援の地域移行

- ・ 本人の意向を正しく把握するために、意思決定支援の要素を加味し、契約以前の頻回の働きかけを十分評価すること。また、遠隔地の交通費について実費弁償する仕組みを導入すること。
- ・ 地域移行の中で、在宅からの自立支援について、ピアカウンセリングや自立生活プログラム、体験宿泊などについて評価する仕組みを導入すること。

(4) 地域移行の計画的実施

- ・ 「地域移行10か年計画」などのような、数年単位で地域移行を進めていく具体的な計画の策定とそれに伴う予算を行うこと。

7 移動支援について

(1) 市町村の要綱の中で行き先や自宅発着などの不当な制限を撤廃すること。

(2) 市町村の財政負担を支援するための効果的な方策を講じること。

8 地域生活支援拠点について

- ・ 面的整備を行い、そこで必要なコーディネーター配置のための費用を全国的に保障すること。
- ・ 地域生活支援事業の必須事業であるが、普及させるためには、市町村の財政支援策等が必要。

9 障害者権利条約を踏まえたサービスの適正化について

(1) 放課後等デイサービスについて

- ・ そもそも障害のあるなしにかかわらず、一般の児童と同じように学童保育で受け入れられるようにすべきであり、障害児を分ける仕組みとなってしまう現在の仕組みはあらためるべき。

(2) 生活介護について

- ・ より重度の人が使えるよう報酬の適正化が必要。

(3) 就労系サービスについて

- ・ 特に就労継続支援A型については、本来の目的である一般就労につながっていないという指摘もあることを鑑み、報酬の適正化が必要。また、将来的には権利条約の考え方を踏まえ、サービス内容に応じて労働施策として行うもの、福祉施策として行うものに再編すべきである。雇用契約がある就労継続支援A型は労働施策として行い、就労継続支援B型は生活介護に統合する形で、就労移行支援は従来通り福祉施策として行ってはどうか。

10 自己負担のあり方について

- ・ 障害福祉サービス等に係る予算額が、毎年10%近い伸びを示している一方、OECD諸国の障害福祉予算から見るとまだまだ不十分であり、今後も必要な予算の確保が求められている。これは国会審議の中において塩崎厚労大臣も同様の見解を示しているところである(第193回国会 厚生労働委員会 第19号 平成二十九年五月二十五日(木曜日))。これらの状況を踏まえ、今後も必要な予算を確保していくことを前提として自己負担については負担能力に応じた応能負担としてはどうか。

(参考資料)

2-①・②医療的ケアについて

訪問看護との比較

訪問看護料金表 【介護保険】 (平成28年4月現在)

◆保健単位と基本療養費◆ 1単位 = 11.12円

	単位数	自己負担	
訪問看護 I 1(20分未満)	310単位	345円	1回の訪問につき
訪問看護 I 2(30分未満)	463単位	515円	1回の訪問につき
訪問看護 I 3 (30分以上60分未満)	814単位	906円	1回の訪問につき
訪問看護 I 4 (60分以上90分未満)	1.117単位	1.243円	1回の訪問につき
サービス提供体制強化加算	6単位	7円	1回の訪問につき

<ヘルパーによる医療的ケア>

喀痰吸引等支援体制加算・・・1人1日当たり100単位を加算

訪問看護で1時間滞在中、喀痰吸引等の医療的ケアが行われなくても、訪問看護であれば1時間約8300円。一方、ヘルパーは1時間どころか1日に何度吸引しても、加算は1日1000円のみ。資格取得過程の違いはあるにせよ、同一労働同一賃金の観点からしても、この差に合理的明確な理由はないのではないか？

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

障害者自立支援法違憲訴訟団

原告 家平 悟
全国弁護士団 事務局長 弁護士 藤岡毅

障害者自立支援法訴訟団の概要

1. 設立年月日： 2008年6月3日

2. 活動目的及び主な活動内容：

当団体は、2006年施行の障害者自立支援法が憲法に違反するとして、2008年6月3日全国一斉免除申請行動、同年10月の全国一斉提訴を経て、14地裁に原告71名が国等を提訴し、2010年1月7日、国との基本合意文書の締結、同年4月21日までに基本合意を確認する訴訟上の和解に至った。

基本合意、訴訟上の和解の実現を求めて、今まで国と8回の定期協議を行っている。

障害者権利条約・2011年8月30日付総合福祉部会骨格提言・基本合意文書の3つの基本文書の実現を活動目標としている。

【主な活動内容】

- ・ 国(厚労省)との定期協議
- ・ 集会・シンポ等
- ・ 日本の障害者政策の前進を目的とした意見交換、その他諸活動
- ・ 書籍(「立ち上がった当事者たち」)、パンフレット、メールマガジン等発行

3. 加盟団体数：三団体

原告団

弁護団

障害者自立支援法訴訟の基本合意の完全実現をめざす会

4. 会員数：(2017年5月時点)

元原告(補佐人含む)70名弱・弁護団約200名

障害者自立支援法訴訟の基本合意の完全実現をめざす会

世話人、幹事約30名、一般会員約800名

5. 代表： 全国弁護団代表弁護士竹下義樹

めざす会 事務局長太田修平・同会世話人藤井克徳

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

1 利用者負担関係 (視点2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策)

(1)障害児の利用者負担の収入認定において保護者の収入を除外すべき

障害児の福祉サービス利用料算定の収入は当該児童自身の収入だけに着目し、保護者の収入は除外し、実質的に低所得者として無償化すべきである。

(2)就労支援の利用者負担無償化を実施すべきである

(3)自立支援医療の利用者負担関係

自立支援医療の低所得者無償措置を実行すべきである

2 高齢障害者等の利用者負担関係 (視点2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策)

(1)介護保険優先原則の廃止と選択制を採用すべきである

介護保険優先原則(障害者総合支援法第7条)を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入をはかること

(2)国庫負担基準における介護保険対象者の減額措置を廃止すべきである

3 報酬の支払い方式関係 (視点1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法)

(1)骨格提言が示す「報酬の支払い方式」の採用すべきである

1 利用者負担関係

(1) 障害児の利用者負担の収入認定について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ 障害児のある家庭は親も若年で収入が低い反面、障害児の養育には障害のない子に比べて費用が掛かる。子育て世代の支援は政府の方針であり、これは障害者権利委員会の所見にも合致し、基本合意文書に沿う扱いである。
- ・ 基本合意文書第三条③号「収入認定は、配偶者を含む家族の収入を除外し、障害児者本人だけで認定すること。」と記載されている。第四回定期協議でも議論されているが、実現のための予算は年間で数十億円程度と予想される。

【意見・提案の内容】

- ・ 障害児を持つ家庭の負担を軽減するため、障害児の児童福祉法・障害者総合支援法の利用者負担の収入認定から保護者の収入を外すべきである。そうすれば障害児を持つほとんどの家庭の利用者負担が低所得者として無償化される。

(2) 就労支援における利用者負担無償化について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ 就労支援における利用者負担については、「働くに行くのになぜ利用料を払うのか」として、働く者の尊厳を害するものとして、違憲訴訟提起時から強い批判がある。ILOからも懸念が示されている「当委員会は、就労継続支援事業B型の利用者に対して職業リハビリテーションなどのサービス利用料支払い義務が導入されたことについて、繰り返し懸念を表明するものである。」(ILO憲章第24条に基づき提出された日本の職業リハビリテーション及び雇用(障害者)に関する条約(第159号1983年)に関する報告書参照)。障害者権利委員会からも同様の勧告がなされる可能性が高い。

【意見・提案の内容】

- ・ 就労継続支援A型B型、就労移行支援等、就労支援事業における利用者負担は無償化すべきである。

(3) 自立支援医療の利用者負担関係

自立支援医療の低所得者無償措置の実行

【意見・提案を行う背景、論拠】

基本合意文書第1条は「国(厚生労働省)は、速やかに応益負担(定率負担)制度を廃止」することを約束し、第4条は「平成22年4月から、低所得(市町村民税非課税)の利用者負担を無料とする措置を講じる。」とともに「自立支援医療に係る利用者負担の措置については、当面の重要な課題とする。」とし、この点は、自立支援医療の低所得者無償化を早急に実現する趣旨である旨国から説明されてきている。

「低所得者にとって自立支援医療の負担が過重のため精神科通院をやめた。基本合意の無償化を実現して欲しい」

という相談は訴訟団事務局にもしばしば寄せられている。

【意見・提案の内容】

自立支援医療の低所得者無償措置を実行すべきである。

2 高齢障害者の利用者負担関係

(1) 介護保険優先原則の廃止と選択制の採用

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ 介護保険優先原則により様々な弊害が出ていることは周知のことである(2016年5月22日参議院厚労委員会藤岡参考人陳述、提出意見書等)。
- ・ 基本合意文書第三条第④号は「介護保険優先原則(障害者自立支援法第7条)を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入をはかること。」としている。
- ・ そもそも障害福祉法制を憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を基本とする(基本合意文書第一条)と考える以上、障害者が障害福祉制度を利用することは重要な基本権であり、介護保険より劣後する扱いとすることは基本合意・障害者権利条約に照らして許されない。

【意見・提案の内容】

65歳以上又は40歳以上の介護保険特定疾病者において、一律に介護保険を優先とするのではなく、当事者の選択制を導入すべきである。

(2) 国庫負担基準における介護保険対象者の減額措置を廃止すべきである

【意見・提案を行う背景、論拠】

この点も再三定期協議で議論になっている

(第6回定期協議要請書第1、1②、第7回定期協議要請書第1、2①他)。

介護保険優先原則の弊害の原因はこの措置に由来する面が大きい。

すなわち、国庫負担基準「厚生労働大臣が定める障害福祉サービス費等負担対象額に関する基準((平成18年9月29日厚生労働省告示第530号)」で、例えば重度訪問介護の近年の報酬でいえば

介護保険対象でない支援区分6の障害者 47490単位

介護保険給付対象障害者 14490単位

実に30%すなわち**70%減額**にもなる。

また、居宅介護は、単位がなく0%、**100%減額**となる。

これにより、介護保険対象者に障害福祉を提供する自治体は多額の持ち出しが必要となっている。そのため、自治体が介護保険へ無理矢理誘導しようとしたり、障害福祉サービスの上乗せ支給をしなかったりすることの弊害が大きい。

【意見・提案の内容】

介護保険優先原則による理不尽な人権侵害の拡大を防ぐため、国庫負担基準における介護保険減額規定を直ちに削除すべきである。

3 報酬の支払い方式関係

(1) 骨格提言が示す「報酬の支払い方式」の採用すべきである

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・ 事業所の不安定な収入状況は支援の質を下げ、人材確保さえも困難にしている。
- ・ 基本合意文書第三条において、新たな福祉制度の構築に当たっては、原告らから指摘された障害者自立支援法の問題点を踏まえ、「報酬支払い方式」等をしっかり検討を行い、対応していく。と明記しており、あわせて、基本合意とともに提出した要望書には、「自立支援法の日払い制度が福祉を破壊したとの原告らの声を真摯に受け止め、事業所報酬の支払いを原則月払いに早急に戻してください」と要請している。これらを踏まえて、自立支援法に代わる新法の結論が以下の骨格提言の内容であり、実現を求める。
- ・ 骨格提言では、以下の報酬支払い方式が提案されている
 - 報酬の支払い方式に関して、施設系支援にかかる場合と在宅系支援にかかる場合に大別する。
 - 施設系支援にかかる報酬については、「利用者個別給付報酬」(利用者への個別支援に関する費用)と「事業運営報酬」(人件費・固定経費・一般管理費)に大別する。前者を原則日払いとし、後者を原則月払いとする。
 - 在宅系支援にかかる報酬については、時間割り報酬とする。
 - すべての報酬体系において基本報酬だけで安定経営ができる報酬体系とする。

【意見・提案の内容】

骨格提言に基づく報酬支払い方式を実現し、とくに、施設系の日払い報酬を早急に変更すべきである。

■障害関係予算と持続可能な制度について課題及び対処方策

障害関係予算が自立支援法施行時から2倍以上に増加しているという指摘があるが、そもそも、日本の障害関係予算は低く、毎年10%増であっても依然として低水準である。基本合意では、「障害関係予算の国際水準に見合う額への増額」が訴訟団から問題点として指摘されている。

OECD Social Expenditure Database(2015年8月20日時点)で、諸外国の社会保障関係支出を対国内総生産比で見ると2013年度比較で、障害者に対する支出については、日本1.04%、ドイツ3.41%、スウェーデン4.67%等であり、日本の障害者予算は国際的にみて各段に低い水準にある。

この点、2016年(平成28年)5月11日衆議院厚生労働委員会で塩崎恭久厚生労働大臣は2014年の年末に財務省と議論をした際に強調した点として「やはり、これまでの日本の障害者の施策は、世界的に見れば、特にOECDの中で見ても、平成12年のときに34カ国中31位、今一番近い統計で平成23年ですから今から5年前、このときでもまだ34カ国中28位、こういう状況でありますから、これからさらにしっかりとした対応をしていかなければいけないんじゃないか」「日本が今申し上げたようにOECD諸国の平均より低いという指摘は、もうそのとおり認めないといけないんだろうというふうに思っています」と答弁している。

持続可能な制度を口実にして、予算増縮小の議論をすべきではなく、OECD諸国の平均水準を超えることはもとより、上位10位以内をめざす等国際的に恥ずかしくない具体的な目標を持つべきであり、障害者の地域生活を保障する基盤整備をすすめることが課題であると考えます。

■障害関係予算と持続可能な制度について課題及び対処方策（続き）

こうした視点からすると、利用者負担の問題で言えば、骨格提言が示す「障害に伴う必要な支援は原則無償」を早急に実行すべきである。（私たち違憲訴訟団の「1 利用者負担関係」の意見は、応益負担の完全撤廃とともに、この骨格提言を実現する道である。）

なぜなら、原則無償の実行は、障害者の支援を権利として保障することであり、これは、まさに日本において、障害者権利条約を実現することに他ならないからである。

また、現行の複雑な負担軽減措置は、自治体や事業者に大きな負担を強いており、負担上限額の管理等に無駄なコストがかかっており、制度の拡充を阻害していると言わざるを得ない。

さらに、現行の報酬体系も含め、あまりにも制度が複雑化し、全体的に事務負担が増大しており、障害者を直接支援する職員は増えず、事務職員を増やさざるを得ないという悲鳴の声が、現場から上がっている。

制度の持続可能や効率性を議論するのであれば、まずは厚労省として、現行の負担軽減策や報酬体系における事務負担等のコストが、どのくらいかかっているかを試算した上で、直接支援につながらない、こうした制度上の無駄こそなくすべきである。

■障害関係予算と持続可能な制度について課題及び対処方策（続き）

精神障害者支援の分野において、明らかに予算配分が医療偏重であり、地域での生活を支援するための福祉予算への配分に大きく舵を切るべきである。

この点国は、2009年（平成20年）の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（第1回）」での配布資料において、精神分野の予算配分について、97%が医療予算、保健福祉予算は3%に過ぎないとの衝撃的データを公表している。

医療が1兆8863億円、保健福祉は501億円に過ぎないという桁違いである。

しかも医療費の内訳は74%の1兆4039億円が入院医療費である。

日本に10万人以上いる社会的入院患者の長期入院状態を解消し、予算配分を地域支援の福祉予算に転換し入院医療費を削減することが持続可能な制度構築の早道である。

(参考資料①)

2 高齢障害者等の利用者負担関係

(1) 介護保険優先原則の廃止と選択制採用について

介護保険制度への移行に伴う自己負担等に関する調査の中間報告(概要)

○平成27年7月から8月にかけて、平成26年度中に障害福祉サービスを利用していた者が、介護保険制度へ移行した場合における費用の負担状況等について調査を実施した(みずほ情報総研(株)への委託調査)。調査結果については、今年度末にとりまとめ報告が予定されているが、委託業者からの中間報告の概要は以下のとおり。

1. 調査対象

全国1,741市区町村

2. 集計状況

889自治体(51.1%) ※平成27年11月現在

3. 結果概要

介護保険制度へ移行した者に関する自己負担額等の調査結果概要。

① 介護保険制度への移行者数

平成26年度中に障害福祉サービスの利用を終了し、介護保険サービスの利用を開始した者は1,764人。主たる障害種別は、「身体障害」が最も多く(62.1%)、次いで「精神障害」(20.2%)、「知的障害」(9.8%)。 ※平成26年度中に障害福祉サービスを利用した者の数は555,485人。うち、65歳以上の者は55,609人

② 利用していた障害福祉サービス

「居宅介護」が最も多く(66.1%)、次いで「生活介護」(18.6%)、「短期入所」(7.9%)。

③ 利用を開始した介護保険サービス

「訪問介護」が最も多く(50.4%)、次いで「通所介護」(19.1%)、「訪問看護」(6.4%)。

④ 障害福祉サービス利用時の自己負担額(月額)

障害福祉サービスの自己負担額(月額)は平均767円であった。
※介護保険制度への移行前月のサービス利用に係る平均自己負担額。

⑤ 介護保険サービス利用に係る自己負担額(月額)

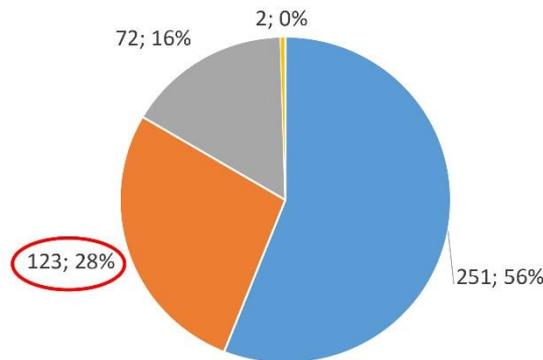
介護保険の自己負担額(月額)は平均7,183円であった。
※介護保険制度への移行翌月のサービス利用に係る平均自己負担額。
※介護扶助により実質負担のない生活保護受給者については0円として算出。

2 高齢障害者等の利用者負担関係

(1) 介護保険優先原則の廃止と選択制採用について

毎日新聞2015年12月11日 東京夕刊

上乘せの自治体基準について(回答数 455)



- 1. 必要なサービス量を介護保険で満たせない場合、不足分を障害福祉サービスから支給
- 2. 自治体で定める支給基準を満たした場合、不足分を障害福祉サービスから支給
- 3. その他
- na

自治体で定めている独自基準の内容(ローカルルール)(回答数123)

独自基準の内容	件数	割合
要介護度のみ	40	32.52%
要介護度5	31	25.20%
要介護度4以上	8	6.50%
要介護度3以上	1	0.81%
障害支援区分のみ	3	2.44%
支援区分5以上	1	0.81%
支援区分4以上	2	1.63%
要介護度+障害者支援区分	19	15.45%
(介)5、(支)6	9	7.32%
(介)5、(支)4以上	4	3.25%
(介)4以上、(支)5以上	5	4.07%
(介)4以上、(支)4以上	1	0.81%
要介護度+平成12年通知に基づく基準等	20	16.26%
障害支援区分+平成12年通知に基づく基準等	1	0.81%
平成12年通知に基づく基準等	18	14.63%
要介護度+障害支援区分+平成12年通知に基づく基準等	10	8.13%
その他	1	0.81%
na	11	8.94%
合計	123	100.00%

障害福祉サービス

国の障害福祉サービスを利用する障害者が65歳になると、原則として1割負担の介護保険サービスに切り替わる制度について、切り替え手続きが完了していても障害福祉サービスを打ち切る自治体が全国に少なくとも134あることが、NPO法人日本障害者センター(東京都新宿区)が実施したアンケートで分かった。65歳を超えても手続きをするまで障害福祉サービスを継続する自治体も286あり、対応の差が浮き彫りとなった。障害福祉サービスは、障害者総合支援法に基づ

65歳で打ち切り 134自治体

き障害者らが居宅介護などを受けられる制度。9割が自己負担なしで利用している。65歳以上は原則として介護保険を優先利用するよう定められているが、切り替えてサービスの量や質が変わることになり批判が出ている。障害福祉サービスの重度訪問介護では、「見守り」という形でヘルパーが一定時間常駐し、食事や排せつの介助をするなど柔軟な対応ができるが、介護保険になると食事や入浴などが別々のサービスとなる。厚生労働省は2007年、切り替え後も必要な支援が確保

NPO調査「介護」移行手続き未了で

できるか適切に判断するよう通知している。アンケートは全国の770市と東京23区を対象に、自治体名を公表しない条件で14年10月15年1月に実施。506市区から回答を得た。その結果、65歳になると障害福祉サービスを即時に停止する自治体は49(10%)あり、移行期間を通知して期間内に手続きがない場合に停止する自治体は85(17%)あった。同センターの山崎光弘理事は「本人が納得できずに介護保険の申請手続きをしない場合、従来のサービスを打ち切られ、全額自己負担となる事態も起きている」と指摘する。

【黒田阿紗子】

(参考資料③)

2 高齢障害者等の利用者負担関係

(2) 国庫負担基準における介護保険対象者の減額措置について

平成29年度障害福祉サービス等報酬改定における国庫負担基準の改定

平成27年度国庫負担基準

居宅介護対象者

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	1,5980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

重度訪問介護対象者

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
---------	----------

同行援護対象者

区分に関わらず	12,080単位
---------	----------

行動援護対象者

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 包括支援対象者

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、
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
---------	----------

平成29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	2,900単位
区分2	3,750単位
区分3	5,520単位
区分4	10,370単位
区分5	16,600単位
区分6	23,890単位
障害児	9,320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※	21,220単位
区分4	26,570単位
区分5	33,310単位
区分6	47,490単位

※区分3は経過規定

介護保険対象者	14,490単位
---------	----------

同行援護利用者

区分に関わらず	12,550単位
---------	----------

行動援護利用者

区分3	14,750単位
区分4	19,870単位
区分5	26,420単位
区分6	34,340単位
障害児	18,760単位

介護保険対象者	8,820単位
---------	---------

重度障害者等 包括支援利用者

区分6	84,320単位
-----	----------

介護保険対象者	33,830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	69,070単位
-----	----------

介護保険対象者	34,540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%高上げを行う。

第1回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成20年4月11日

資料3

精神保健医療福祉の現状

精神保健医療福祉の関係費用

医療※1

1兆8863億円

:

保健福祉※2

501億円

= 97% : 3%

入院※1

1兆4039億円

外来※1

4824億円

<資料>

※1 平成17年度「国民医療費」

※2 平成17年度国庫補助額に基づき推計

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会
代表理事 貝谷 久宣



一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会の概要

1. 結成年月日: 昭和39年3月5日

2. 活動目的及び主な活動内容:

病因究明と治療法の開発活動を通じ、「一日も早く」根本治療の実現に向けて、患者およびその家族の援護と福祉の増進に寄与することを目的として創設され、研究予算増額の要請や研究者への懇願・激励で、筋ジストロフィー研究を強力に後押を行うとともに、入所及び在宅患者のQOL改善を目指して、長年にわたり活動している。

【主な活動内容】

- ・ 全国大会及び患者と家族の研修会の開催
- ・ 患者と家族の療育活動
- ・ 筋ジストロフィー研究の支援
- ・ 機関誌「一日も早く」の発行
- ・ 診療所よる外来診療と在宅患者の訪問診療

3. 加盟団体数(又は支部数等): 8地方ブロック(北海道・東北・関東甲信越・東海北陸・近畿・中国・四国・九州) 43支部(平成29年5月時点)

4. 会員数: 1800(平成29年5月時点)

5. 法人代表: 代表理事 貝谷 久宣

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

1 患者のQOL改善のための福祉サービス関係

(1) 在宅患者の福祉サービスについて

- ・ 放課後等デイサービスの支援を必要とする利用者数が伸びており(参考資料1より)、重度患者の医療ケアといったニーズが高まっているが、現状、医療的ケアができるスタッフが不足であるため、現場においては十分な対応を行うことが困難な状況である。
- ・ このため、当該課題に対応するためには、個々のニーズに応じたサービスが受けられるように重度加算による処遇改善と、より質の高いサービスとして医療的ケアができるスタッフを養成する必要がある。具体的には、現行各地域で行っている養成研修について、国立病院機構等の施設活用を含めて見直しを行うことを求める。
- ・ 放課後等デイサービスは就学児に適用され、卒業後の青年・成人には利用できない。障害者権利条約(第30条)に求められている文化活動、余暇、スポーツ等生涯学習支援と家族支援のためにも新たな制度を創設することを必要である。持続可能な制度のために1億総活躍社会を目指して障害者を抱えている家族の活性化が求められる。

(2) 入院患者の療養生活改善について

- ・ 現行の療養介護サービスについては、障害程度区分5以上となっており(厚労省ホームページ/障害福祉サービスの内容/5.療養介護)、障害が進行する前の患者を受け入れを行うことが十分に出来ていない。早期の治療と訓練を可能なものとするためには、早急に療養介護受け入れ体制について検討する必要がある。
- ・ リハビリはOT,PT,ST等の専門職が行うだけでなく、看護師や介護士が行う日常的なケア(車いすへの移乗、シーティング調整、体位調整等)が重要である。この点を配慮した報酬改定を行うべきである。
- ・ ロボットスーツ「HAL(医療用)」が、治療用として医療保険適用されたが、補装具としての活用も望まれている。

2 在宅患者の居宅介護や重度訪問介護サービス関係

(1) 訪問介護員の資格について

- ・ 重度訪問介護は障害程度区分4以上で重度訪問介護員の資格持っているものができるが、区分3以下の居宅介護はその資格ではできないことになっている。重度訪問介護員の資格でも居宅介護を行うことができるようにして介護スタッフの充足を図るべき。

(2) 在宅における移動支援について

- ・ 移動支援は地域生活支援事業として区市町村事業とされており、地域により支給量、利用範囲に格差がある。知的障害者、精神障害者は利用できるが身体障害者は利用できない場合がある。また、通勤、通学には利用できないことになっているが、社会参加を行うためにも行動援護や同行援護と同様に義務的経費として利用制限をなくすべきである。
- ・ 入院すると移動支援が使えなくなるが、日中活動を充実させるためにも移動支援は必要である。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

1 患者のQOL改善のための福祉サービス関係

(1) 在宅患者の福祉サービスについて

- ・ 放課後等デイサービスの支援を必要とする利用者数が伸びている(参考資料1より)

H24からH28までの4年間の増加率は2.68倍、

障害児の中で放課後等デイサービスを利用している割合はH24で47.3%、H28で60.4%になっている。

この制度は障害福祉の中でも際立っており、今まで足りなかった制度の一つである。障害児者を抱える家族が家族介護以外の社会参加により社会的、経済的にも大きな効果をもたらしている。

問題は、重度患者の医療ケアといった個々のニーズに応じたサービスが求められている中で、サービスの質を確保するため必要な重度手当てがなく、このために医療的ケアができるスタッフが不足のため、現場においては十分な対応を行うことが困難な状況である。

- ・ もう一つの大きな問題として、放課後等デイサービスは就学児に適用されているが、卒業後の青年・成人には利用できない。
この為、就学中にはフルタイムで働けた家族が青年・成人の介護のために十分な社会活動が出来ず、制限された環境の中でしか生活ができない。これは障害者にとっても家族にとっても良い環境とは言えない。

【意見・提案の内容】

- ・ 上記課題に対応するためには、個々のニーズに応じたサービスが受けられるように重度加算を付け、スタッフの処遇改善と共に、医療的ケアを行うためより質の高いサービスができるスタッフを養成する必要があります。具体的には、現行各地域で行っている養成研修について、国立病院機構等の施設活用を含めて見直しを行う必要がある。
- ・ 障害者権利条約第30条にあるように、卒業後の青年・成人の生涯学習支援、及び社会的、経済的にも大きな効果を発揮する家族支援のために新たな制度を創設する必要があります。これは持続可能な制度のために1億総活躍社会を目指して障害者を抱えている家族の活性化を実現し、社会の好循環が図る必要がある。

(2) 入院患者の療養生活改善について

- ・ 現行の療養介護サービスについては、障害程度区分5以上となっており(厚労省ホームページ/障害福祉サービスの内容/5.療養介護)、筋ジストロフィーのように障害が進行する病気において、進行する前の患者を受け入れが十分に出来ていない。
早期の治療と訓練を可能なものとするためには、早急に療養介護受け入れ基準について検討する必要がある。

【意見・提案の内容】

- ・ 障害が進行する前の患者を受け入れ、早期の治療と訓練を可能なものとするためには、早急に療養介護受け入れ基準について検討する必要がある。
- ・ リハビリはOT,PT,ST等の専門職が行うだけでなく、看護師や介護士が行う個々のニーズに応じた日常的なケア(車いすへの移乗、シーティング調整、体位調整等)が重要である。この点を配慮した報酬改定を行うべきである。
- ・ ロボットスーツ「HAL(医療用)」が、治療用として医療保険適用されたが、補装具としての活用も望まれている。

2 在宅患者の居宅介護や重度訪問介護サービス関係

(1) 訪問介護員の資格について

- ・ 重度訪問介護は障害程度区分4以上を対象に重度訪問介護員の資格持っているものができるが、区分3以下の居宅介護はその資格ではできないことになっている。重度訪問介護員はあらゆる障害に対応してサービスを行っているので居宅介護のサービスについても十分な資質を持っている。資格によりサービス内容を制限するのは根拠がない。

(2) 在宅における移動支援について

- ・ 移動支援は地域生活支援事業として区市町村事業とされており、地域により支給量、利用範囲に格差がある。知的障害者、精神障害者は利用できるが身体障害者は利用できない場合がある。また、通勤、通学には利用できないことになっているが、社会参加を行うためにも利用制限をなくすべきである。
- ・ 入院すると移動支援が使えなくなるが、日中活動が十分できない。

【意見・提案の内容】

(1) 訪問介護員の資格について

- ・ 重度訪問介護員の資格でも居宅介護を行うことができるようにして介護スタッフの充足を図るべき。

(2) 在宅における移動支援について

- ・ 移動支援は地域生活支援事業として区市町村事業とされており、地域により支給量、利用範囲に格差がある。行動援護や同行援護と同様に義務的経費として地域によって格差がないようにすべきである。障害種別に関係なく移動支援が使えるようにすべきである。また、通勤、通学には利用できないことになっているが、個々のニーズに応じた社会参加を行うためにも利用制限をなくすべきである。
- ・ 入院中も、日中活動を充実するために移動支援は必要である。

(参考資料1)

(1) 在宅患者の福祉サービスについて

- 放課後等デイサービス支援を必要とする利用者数の推移(厚生労働省 障害福祉データ統計より)

各年12月のデータ	H 24/12	H 25/12	H 26/12	H 27/12	H 28/12	
総人数(万人)	76.3	83.1	89.7	96.7	103.9	
障害者人数(万人)	64.8	68.9	72.6	76.3	79.7	
障害児人数(万人)	11.5	14.2	17.1	20.4	24.2	
障害児%	15.1%	17.1%	19.1%	21.1%	23.3%	4年間増加率
障害者年間増加率		1.089	1.079	1.078	1.074	1.362
障害児年間増加率		1.235	1.204	1.193	1.186	2.104
総費用(億円)	1,291.90	1,397.70	1,538.20	1,683.20	1,814.00	
障害者費用(億円)	1,204.0	1,285.4	1,392.0	1,491.1	1,571.9	
障害児費用(億円)	87.9	112.3	146.2	192.1	242.1	
障害児%	6.8%	8.0%	9.5%	11.4%	13.3%	4年間増加率
障害者年間増加率		1.082	1.101	1.094	1.078	1.404
障害児年間増加率		1.278	1.302	1.314	1.260	2.754
放課後等デイ人数	54,539	71,930	92,437	116,954	146,202	4年間増加率
年間増加率		1.319	1.285	1.265	1.250	2.68
デイサービス%	47.4%	50.7%	54.1%	57.3%	60.4%	
放課後デイ費用%	3.3%	4.5%	5.5%	7.1%		
放課後デイ費用(億円)	42.6	62.9	84.6	119.5		
放課後等デイサービス利用者数 H 29/3	全国	149,012	東京	13,046		

(参考資料2)

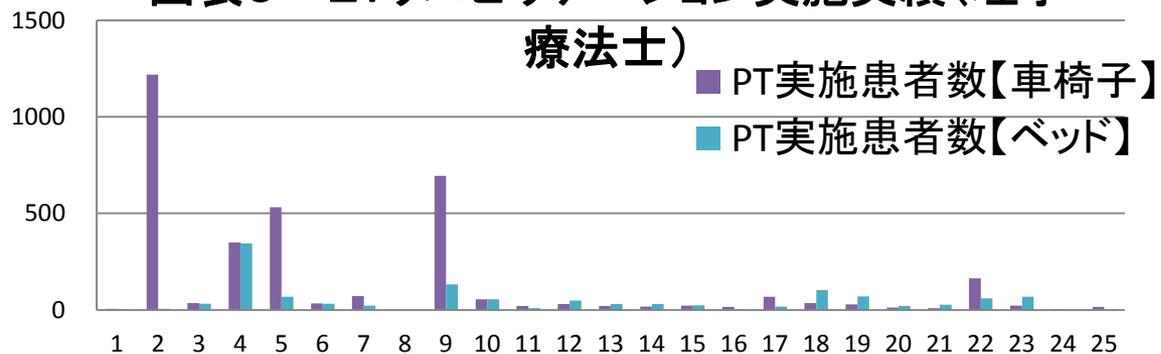
(1) 筋ジストロフィー患者のリハビリについて

- ・ H28に行った日本筋ジストロフィー協会が行った療養介護病棟アンケート

図表9-1:リハビリテーション実施実績(車椅子使用者、ベッド生活者数)



図表9-2:リハビリテーション実施実績(理学療法士)

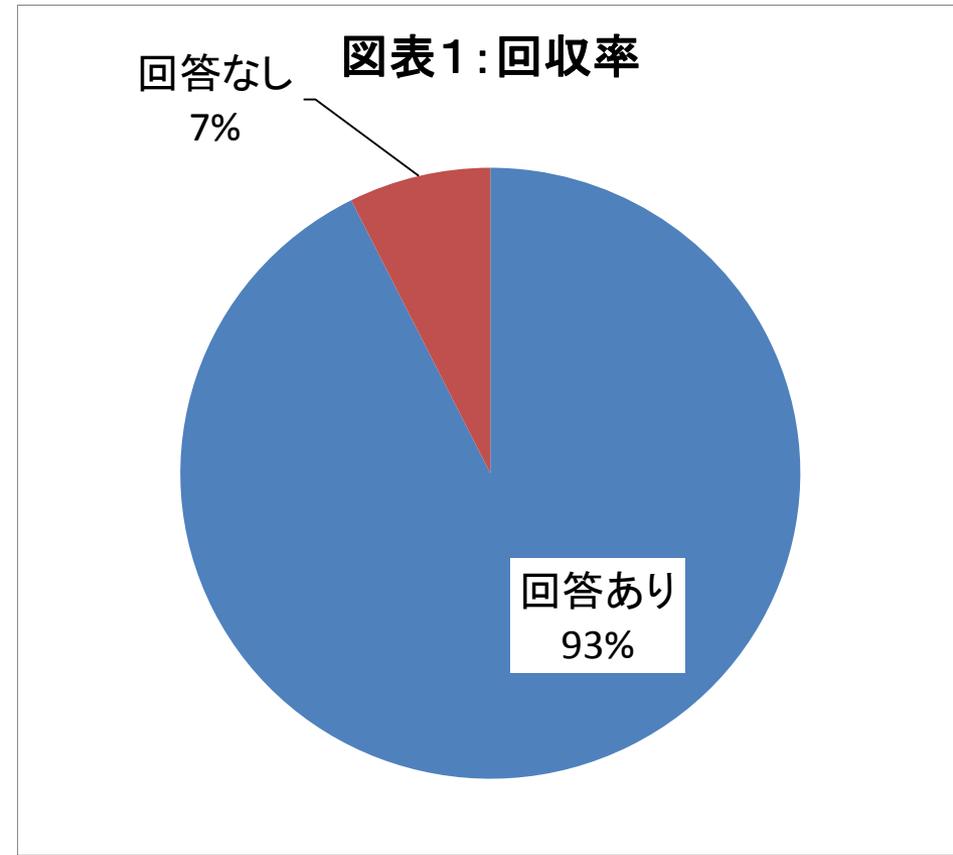


療養介護病棟の実態と生活状況に関するアンケート調査（2016年4月1日現在）

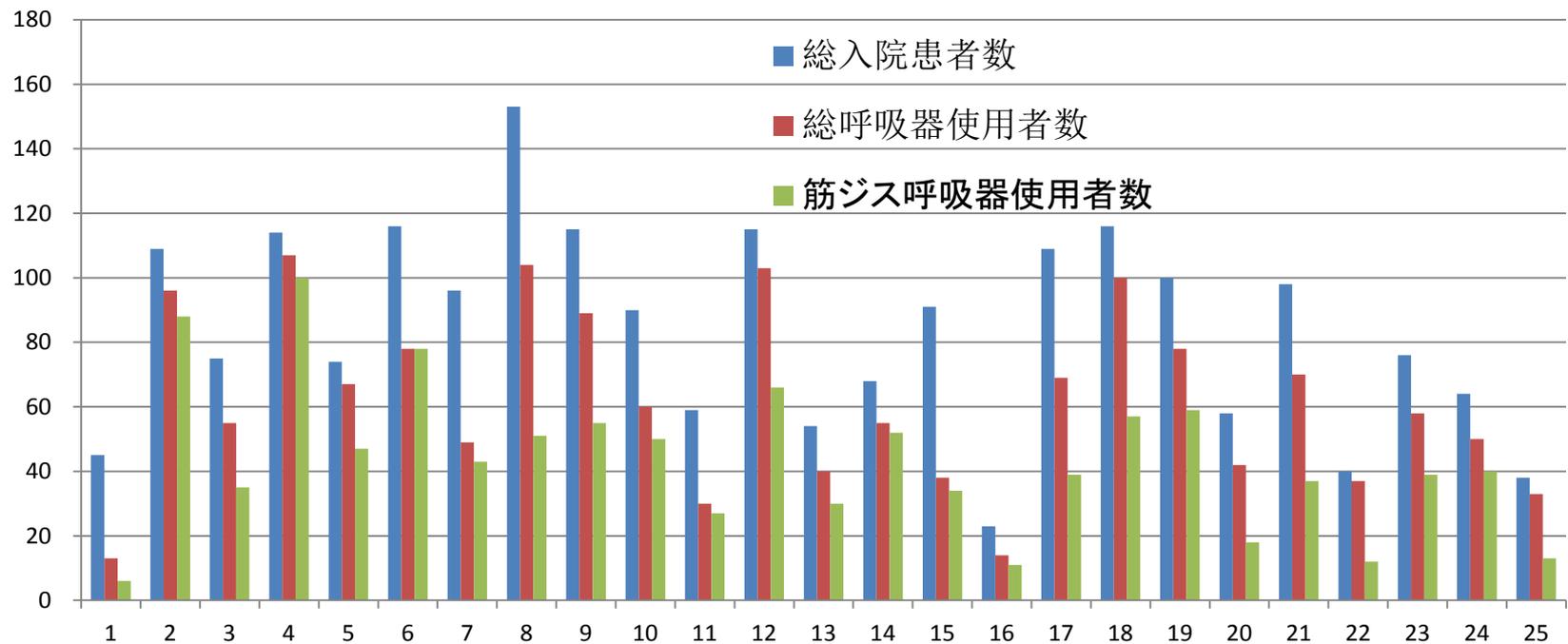
- 国立病院機構に入所している筋ジストロフィー患者にとって、QOLは生きる力を引き出す大事な鍵
- 病棟内のQOLがどの様になっているか、患者に有用なインターネット環境が整備されているか、パソコンの使用が可能な患者が自由にパソコンを使えるか、入所患者の環境実態を知る
- 筋ジストロフィー患者のベットがある療養介護病棟27施設に対してアンケート調査を実施し、課題点を明らかにし、よりよい環境を実現する資料として活用

図表1：回収率

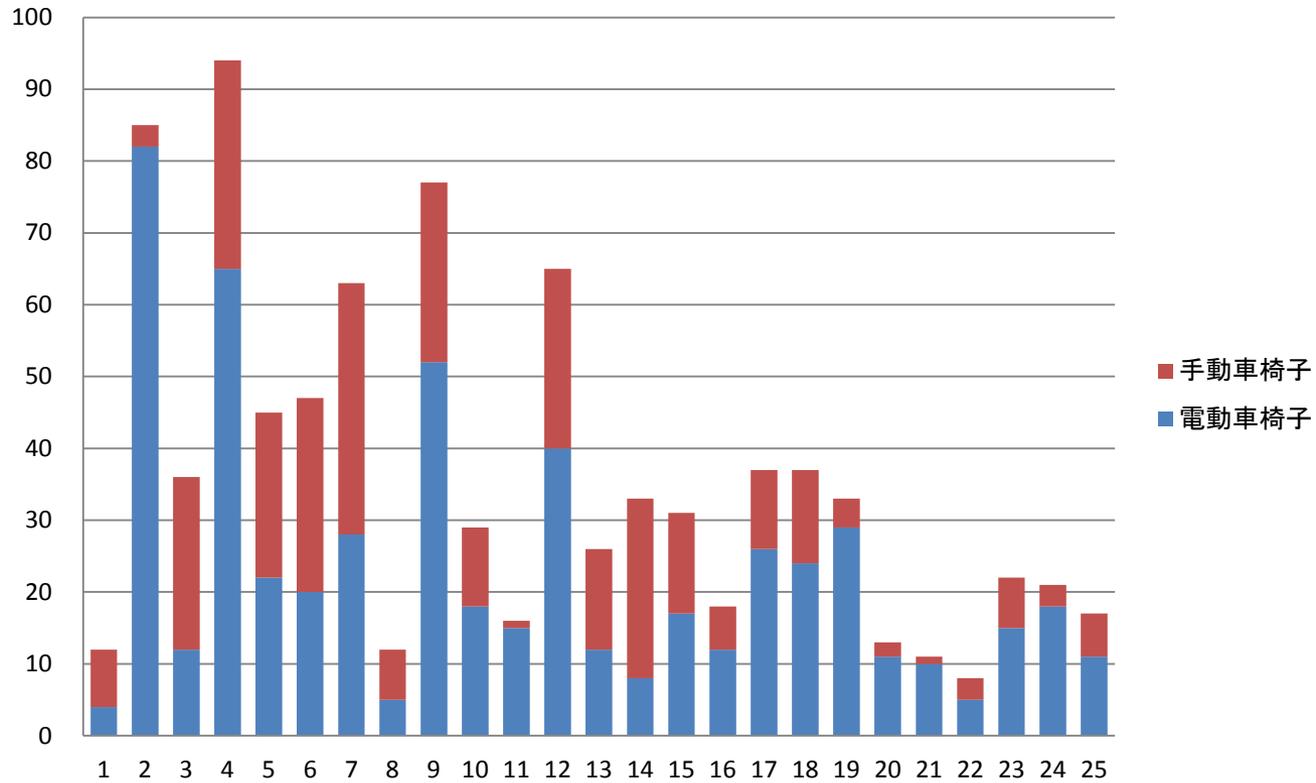
	全体	回答あり	回答なし
施設数	27	25	2



総呼吸器使用数(1535 ,内筋ジス呼吸器使用者数1,087) / 総入院患者数(2,135)



図表7: 総筋ジス車椅子使用者数(電動/手動)



H28 筋ジストロフィー療養病棟アンケートQOL評価

筋ジストロフィー療養病棟アンケートQOL評価するためにアンケートの中からQOLに関係する項目を選び、評価数が1前後になるようにノーマライズした。その上で特に重要と思われる4項目に重み付けをして評価数を計算して順位付けをした。その結果、重み付けが1の場合と5倍にした場合を比べてみると、順位1, 2位は変動がなかった。

筋ジストロフィー病棟アンケートQOL評価																									重み付け		
評価病院	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		ノーマライズの方法
NPPV%	0.50	0.98	0.86	0.85	0.72	0.41	0.63	1.00	0.56	0.72	0.59	0.59	0.43	0.60	0.50	0.73	0.74	0.61	0.53	0.22	0.30	0.58	0.44	0.15	0.92	5	NPPV/全呼吸器者
スタッフ数	1.89	1.64	1.36	1.46	1.58	1.39	1.88	2.12	1.52	2.02	1.02	1.39	1.06	1.72	1.36	2.52	1.56	1.74	1.63	1.96	1.25	1.62	1.52	2.36	2.66	5	スタッフ数/患者数
リハビリ	12	19	2	11	17	10	16	15	23	2	2	2	21	1	7	15	3	4	16	2	2	22	9	0	2	1	一人当たりのリハビリ回数/10
外出ルート	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	一人で出かけられる外出ルート
活動の場所	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	病室、食道以外の活動の場所
インターネット	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	病室でのインターネット使用
自治会	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	自治会有り
自治会との定期協議	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	5	自治会との定期協議有り
保護者会	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	保護者会有り
保護者会との定期協議	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	保護者会との定期協議有り
ボランティアの受け入	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	ボランティアの受け入れ有り
トイレ使用	0.4	0.8	0.5	0.3	0.7	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.4	1	トイレ使用
行事の種類	0.4	0.8	1	0.8	0.6	0.5	1	0.7	0.9	0.7	0.8	0.8	0.6	0.5	0.8	0.7	0.8	0.6	0.5	0.6	0.9	0.4	0.8	0.9	0.8	1	行事の種類/10
総評価	26	45	24.8	26.8	40.2	35.5	39.8	34	50.3	25.3	20.3	17.8	33.8	23.2	27.8	34.8	25.4	25.1	43.6	18.1	13.8	37.9	30.8	23.7	31.2		
重み付1倍	13	2	17	12	6	10	7	9	1	19	22	21	4	20	14	8	16	18	5	24	25	3	11	23	15		
NPPV%, スタッフ数、病棟との協議を5倍	15	2	19	14	4	7	5	9	1	17	22	24	10	21	13	8	16	18	3	23	25	6	12	20	11		

平成 29 年 5 月

DMD 分科会からの提言

一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
理事長 貝谷 久宣 殿

DMD 分科会
代表 原田 義孝

近年の筋ジストロフィー患者の平均寿命が伸びている背景には NPPV での呼吸管理だけでなく、国立病院機構八雲病院が実践する呼吸リハビリテーション。人工呼吸器を搭載しての電動車椅子への乗車。可能な限り食事の経口摂取を継続することが重要な鍵となっています。このことは欧米で NPPV による延命のエキスパートによる差として、八雲病院の論文が NPPV と MI-E により DMD が長く延命できるようになっている報告として引用されており、NPPV で大きく予後が変わったが、エキスパートの治療かどうかによって差があることが指摘されています。この論文には (Ishikawa et al と記載) 「石川らは NPPV で DMD の 50% 生存年令が 39.6 歳としている」。「米国ではまだ気管切開を要する例がしばしばいる」。「2004 年の米国呼吸器学会のガイドライン後もあまり呼吸ケアの改善を認めないので、もっと呼吸ケアを推進すべき」と書いています。

2015～16 年に協会が実施した「筋ジスベッドのある療養介護病棟の実態と生活状況に関するアンケート調査」の結果では、NPPV 使用者が 50%。車椅子使用者が 50% に満たない病院がみられ、全国 27 病院の差が歴然と現れています。特に理学療法士 (以下 PT) と作業療法士 (以下 OT) によるリハビリの実績は低く、病院による差が極端であり、療養介護病棟においてほとんど実施されていないことがわかりました。

NPPV をより効果的に継続するためには、PT による定期的な呼吸機能評価（VC:肺活量・CPF:咳の最大流量）を行い、ガイドラインに記された値を下回る場合には MIC:最大強制吸気量の測定と、エアスタックによる肺と胸郭の可動性維持運動。徒手的咳介助（吸気介助・呼気介助）導入やカフアシストなどによる器械的咳介助（MI-E）導入などの呼吸リハビリテーションが必要です。

車椅子に乗ることは単なる移動手段ではなく、呼吸リハビリテーションとしても重要な意味を持ちます。快適に必要な時間乗車ができる車椅子環境を整え、日常的に活動をする事の意欲をかきたて継続することで、さまざまな心肺機能の低下を予防することにつながります。体幹の変形に対応したアクティブ・バランス・シーティング（active balance seating・ABS）と、わずかな指の動きでも自走を可能にするアシティブテクノロジーを活用したコントローラー、人工呼吸器を電動車椅子に搭載することで人工呼吸器の使用が開始されてからも寝たきりになることなく、高い活動性と QOL を保つことができます。神経筋疾患の座位環境の調整には、患者本人と家族の生活や活動状況、呼吸や嚥下などの内科的問題、疾患の病態や進行に合わせた長期的側面を考慮していく必要があります。また、車椅子と患者を適合させ、意図した姿勢や運動を引き出すためには、車椅子の使用を開始した時点からも継続した観察と介入が必要です。そのため、車椅子に関する専門的な知識を持った医師の処方のもとで、PT・OT が日常的に患者に関われるリハビリテーションの体制が必要です。

非侵襲的換気療法（Noninvasive positive pressure ventilation:NPPV）と呼吸リハビリテーションは呼吸機能を維持するだけでなく、嚥下機能を維持して経口摂取を続けることにも役立ちます。食べ物が気管に入っても、徒手的咳介助や器械的咳介助（MI-E）を駆使して、誤嚥性肺炎や窒息を防ぐことができます。食事中に呼吸の疲労が目立つ場合は、マウスピースや鼻ピローによる NPPV をしながら食事をする事で飲み込む動作が改善します。NPPV と咳介助を使いこなすことで、経口摂取禁止・胃ろうとなることをできるだけ回避することが推奨されています。（神経筋疾患の呼吸管理と理学療法 難病と在宅ケア Vol. 22 No. 7 2016. 10 より）

気管切開を回避して NPPV を効果的に長く継続するためには、筋ジストロフィーの NPPV に熟練した医師の処方のもと、看護師、PT・OT など多職種による連携した関わりのできる医療施設が必要です。

医療的ケア児の支援に関する保険、医療、障害福祉、保育、教育等の連携の一層の推進について「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」（平成 28 年法律第 65 号。以下「改正法」といいます）が平成 28 年 6 月 3 日に公布されました。

改正法により新設された児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 56 条の 6 第 2 項の規定が同日公布されました。これにより地方公共団体は「人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児（医療的ケア児）の支援に関する保険、医療、障害福祉、保育、教育等の連携の一層の推進を図るよう努める」こととされました。

このたびの通知では、この規定が施行されたことを受け、地方公共団体が具体的取り組みを行うにあたっての技術的助言も行っており、レスパイトなども明記されています。

（神経筋疾患の呼吸管理（総論） 難病と在宅ケア Vol.23 No.1 2017.4 より）

このような人工呼吸器を装着した障害児の社会生活を支援する法律が整備されたことで、全国 27 病院は、各地域の在宅筋ジストロフィー患者の診療拠点としても重要となり、ガイドラインに基づいた筋ジストロフィー専門医療を受けられる体制を整えていただけるよう関係機関に働きかけていく必要があります。

厚生労働省の筋ジストロフィーの標準的医療普及のための調査研究班が、筋ジストロフィーの専門家チームから多くの方に向けた医療知識を提供する WEB サイト「MD クリニカルステーション」を立ち上げました。このような動きがあることはとても良いことですが、私たちにとって気になる問題があります。筋ジストロフィーの正しい情報発信、標準的医療普及を目的としていながら、予定されている同研究班主催のセミナーには NPPV についての講演がありません。

このような流れを変えていくためには患者と家族が、ガイドラインに書かれている筋ジストロフィー医療について学び、その必要性について声を上げていく必要があります。DMD 分科会でもホームページやフェイスブックなどを活用して情報発信に努めていきますが、協会でも定期的な勉強会を主催するなど、ご検討いただきたくよろしくお願いいたします。

参考資料

2004年、米国胸部疾患学会（American Thoracic Society:ATS）より「Duchenne 型筋ジストロフィー（以下 DMD）の呼吸ケア」に関するコンセンサスステートメントが発表された。これによると、24 時間人工呼吸が必要な場合においても、気管切開をせずに、非侵襲的換気療法（Noninvasive positive pressure ventilation:NPPV）を用いて有効な換気補助が可能であり、気管切開は NPPV が禁忌または患者に拒否された場合、または喉咽頭機能の重度の低下や不全によって適応ではない場合に考慮するとされている。より活動性や QOL が維持しやすく、急性増悪から在宅まで神経筋疾患呼吸管理の第一選択である NPPV が不適応にならないためには、気道クリアランスと肺や胸郭の可動性を維持するための呼吸理学療法を積極的に行なうとされている。“
筋ジストロフィーのリハビリテーション・マニュアル（厚生労働省精神・神経疾患研究開発費筋ジストロフィーの集学的治療と均てん化に関する研究）より

参考文献

デュシェンヌ型筋ジストロフィー診療ガイドライン 2014（日本神経学会、日本小児神経学会、国立精神・神経医療研究センター）
<https://www.neurology-jp.org/guidelinem/dmd.html>

デュシェンヌ型筋ジストロフィーのお子さんを持つ家族のためのガイド（国立精神・神経医療研究センター研究グループ翻訳・監修）
<http://www.treat-nmd.eu/care/dmd/family-guide-translations/>

神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハビリテーションガイドライン（日本リハビリテーション医学会）
http://www.jarm.or.jp/wp-content/uploads/file/member/member_publication_isbn9784307750400.pdf

NPPV（非侵襲的陽圧換気療法ガイドライン改訂第2版（日本呼吸器学会）
https://www.jrs.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=77

デュシェンヌ型筋ジストロフィーの呼吸リハビリテーション（厚生労働省精神・神経疾患研究委託費筋ジストロフィーの療養と自立支援システム構築に関する研究）
http://www.carecuremd.jp/kokyu_reha.html

筋ジストロフィーのリハビリテーション・マニュアル（厚生労働省精神・神経疾患研究開発費筋ジストロフィーの集学的治療と均てん化に関する研究）

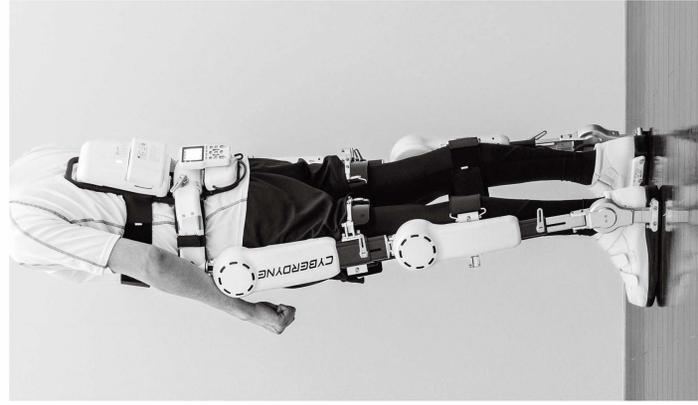
http://www.carecuremd.jp/reha_manual.html

神経筋疾患の呼吸管理と理学療法 国立病院機構八雲病院小児科 石川悠加
難病と在宅ケア Vol. 22 No. 7 2016. 10

神経筋疾患の呼吸管理（総論） 国立病院機構八雲病院小児科 診療部長 石川悠加
難病と在宅ケア Vol. 23 No. 1 2017. 4

呼吸リハに重要な役割がある車いす～神経筋疾患への進行に合わせたシーティング～
独立行政法人国立病院機構八雲病院 理学療法士 三浦利彦
札幌歯科大学保健医療学部理学療法学科 教授 内山英一
難病と在宅ケア Vol. 17 No. 1 2011. 4

筋ジストロフィーの呼吸リハビリテーション
国立病院機構八雲病院小児科 診療部長 石川悠加
難病と在宅ケア Vol. 21 No. 12 2016. 3



人に装着した状態のロボットスーツHAL®
©Prof. Sankai, University of Tsukuba/CY-
BERDYNE Inc.

「世界初のロボット治療機器「医療用HAL®」 公的医療保険で筋ジストロフィー患者2人も利用を開始

ロボットスーツHAL®（ハル）は茨城県つくば市に本社があるサイバーダイン社が開発したサイボーグ型ロボットです。身につけて治療を行うことを目的として開発された「医療用HAL®」（販売名：HAL医療用下肢タイプ）は、筋ジストロフィーを含む8つの神経・筋難病患者の進行抑制治療において歩行機能の改善効果が認められ、昨年11月に新医療機器として薬事承認されました。今年4月には医療用HAL®での世界初のロボット治療について、保険適用治療の診療報酬額が決定され、9月から国立病院機構新潟病院と国立病院機構徳島病院の2つの病院で、公

的医療保険を使った難病患者に対する治療がスタートされました。サイバーダイン社によると、この中に、筋ジストロフィー患者も2人が含まれています。

【特徴】

ロボットスーツHAL®は、装着者が身体を動かそうとするときに脳から神経を通して筋肉へ伝わる微弱な電気信号（生体電位信号）をセンサーで読み取り、内臓コンピュータで信号を処理し関節部のモーターを動かすことで、意思に従った動きを実現します。実現できた運動に伴い、感覚神経からの信号が脳へと戻ることによって、中枢系と末梢系との間の一連の生体信号の流れの再構成を促進すること

が最大の特徴です。

このような特徴を有する医療用HAL®の臨床効果を確認するための治験では、歩行機能の進行抑制だけでなく機能改善の結果も得られています。

サイバーダイン社の説明では、医療用HAL®によるロボット治療は、従来のリハビリテーションでは得られない結果を達成しており、医療保険の区分もリハビリとは異なるため、筋ジストロフィーも含めて通常の治療であるとしています。

【治療】

ロボットスーツHAL®による治療は、対象患者の状態に応じて、1回20分以上30分以



真横から見た機械の本体
©Prof. Sankai, University of Tsukuba/CY-
BERDYNE Inc.

【保険適用への歩み】

- 平成26年12月 厚労省が医療用HAL[®]を優先審査対象となる希少疾病用医療機器に指定
- 平成27年3月 サイバーダイナ社が厚労省へ製造販売承認を申請
- 平成27年11月 医療機器として厚労省が製造販売を承認
- 平成28年1月 厚労省中央社会保険医療協議会(中医協)で、医療保険の適用を承認
- 平成28年4月 医療用HAL[®]による新医療技術に対し保険償還価格が決定
- 平成28年8月 医療機器向けレンタル販売を開始
- 平成28年9月 該当する難病患者に對する保険適用下のロボット治療がスタート

今回、保険適用が認められたのは、進行性の神経・筋難病疾患のうち、筋ジストロフィー、遠位型ミオパチー、先天性ミオパチー、脊髄性筋萎縮症(SMA)、球脊髄性筋萎縮症(SBMA)、筋委縮性側索硬化症(ALS)、シャルコー・マリー・トゥーアス病(CMT)、封入体筋炎(IBM)の8つの難病の患者。適応対象となる患者数は、中医協の資料によると8疾患で推定3,400人。

内を、サイバーダイナ社は推奨しています。これは、装着、準備体操、休息、整理体操などの時間を除いた、実際の歩行時間です。

また、治験の結果から実際の効果が出るまでには、最低9回程度の装着使用が必要であることが分かっています。その後回数が増やす場合は、効果を見ながら安全性に配慮して行います。さらに、進行スピードが抑制されるなどの効果が認められれば、医師の判断に基づいて医療保険が適用される治療を継続することも可能になります。

サイバーダイナ社によると、HAL[®]による保険治療は、入院患者だけではなく、近隣の在宅患者でも利用ができます。また、新潟

徳島病院以外の病院が、医療用HAL[®]を導入するかどうかは、個別の判断によるとしています。

希望の場合は、かかりつけの病院へお問い合わせください。

【費用】

医療用HAL[®]の1週間あたりの使用回数は、患者の症状や身体機能の程度によって異なるため、医師の判断に基づいて適切に調節されることとなります。患者の自己負担は所得に応じて月額0〜3万円程度と想定されています。

【種類】

HAL[®]には作業支援用、自立支援用、福祉用など複数の種類がありますが、今回、医療機器となった医療用HAL[®]を用いたロボット治療に保険適用が認められ、実際の治療が開始されました。体の大きさに合わせて、S、M、L、Xの4サイズがあります。

サイバーダイナ社によると、2016年6月末時点で医療用がすでにドイツなど国内外で145台が稼働しているほか、医療用ではない福祉用等の下肢タイプが国内の福祉施設や病院等で473台稼働しています。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

特定非営利活動法人 全国就業支援ネットワーク
代表理事 小倉 広文

特定非営利活動法人全国就業支援ネットワークの概要

1. 設立年月日：平成19年6月11日

2. 活動目的及び主な活動内容：

障害のある人の就業生活の支援のために、望ましい職業指導や就業支援のあり方を研究・研鑽すること、全国における就業支援機関・組織運営の健全化などについて相互に意見や情報を交換し、障害のある人が自立した生活を送ることができる環境形成に寄与することを目的として創設され、「地域で」「連携して」「実践に基づいて」「政策に関与して」を理念に活動をしている。

障害者職業能力開発施設部会、就労移行支援事業所部会、障害者就業・生活支援センター部会の三部会を中心として、長年にわたり活動している。

【主な活動内容】

- ・ 定例研究・研修会の開催
- ・ 障害者職業能力開発施設連絡会の開催
- ・ 就労移行支援のあり方を学ぶ研修会の開催
- ・ 就業生活支援基礎講座の開催
- ・ 障害者就業・生活支援センター事業をより深く考えるための全国フォーラムの開催
- ・ 訪問型職場適応援助者養成研修の実施
- ・ 地域における就業支援ネットワーク形成事業の実施

3. 加盟団体数(又は支部数等)：252団体(平成29年5月時点)

4. 会員数：252(平成29年5月時点)

5. 法人代表： 代表理事 小倉 広文

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

【視点-1】 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

- (1) 就労支援に携わる人材育成について
 - ・福祉サービス事業所に労働分野に精通した人(企業経験者など)を配置することを促進する
 - ・就労移行支援における就労支援員等が効果的な研修の受講を必須要件とし、支援の質の向上を図る。
- (2) 総合的な就労支援体制の構築のために
 - ・省庁や制度の枠組みを超えた連携のもとで一体となって就労支援を進めていくことが必要である
- (3) 外部評価・本人による評価
- (4) 市町村ごとに異なる支給決定プロセスや基準の統一化
- (5) 相談支援事業の体制について

【視点-2】 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスサービスの提供を受けられるようにするための、サービス 提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

- (1) 就労支援定着加算について
 - ・就労定着の新事業が開始されても、現状と変わりなく事業を継続できる仕組みが必要。できるだけ細かく区分するほうが、事業所の努力をきめ細かく評価することになるため、事業所の努力を促進すべきである。
- (2) 地方都市での就労促進のために
 - ・人口の少ない地域でも就労移行支援事業所を開設できるよう、定員要件を緩和し10名以下でも就労移行支援事業所を単体で開設できるように報酬体系を新設し、地方の一般就労を促進する。
- (3) 就労定着支援事業について
- (4) 若年層への就労移行支援の拡充について
- (5) 医療機関との連携に対する報酬加算設定
- (6) 適正な数 障害者計画の連動と総量規制

【視点-3】 持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

- (1) 一般就労の促進のために就労継続支援A型事業やB型事業を移行加算の対象に
 - ・就労継続支援A型事業や就労継続支援B型事業所からの一般就労者の促進を図る。これにかかる経費は福祉政策経費だけでなく、労働政策経費も併せて位置付け、予算枠の見直しを求める。

【視点-1】より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

(1)就労支援に携わる人材育成について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・平成30年の法改正前に、都市部や人口が集中している地域においては、就職件数が増える一方で、離職や困難ケースが増加し、当事者、企業、関係者、支援者が疲弊している状況が特に都市部において見られる。雇用数の増加とあわせ、質の向上のためにも労働と福祉をつなぐ人材が必要である。

【意見・提案の内容】

- ・福祉サービス事業所に労働分野に精通した人(企業経験者など)を配置することを促進する
- ・就労移行支援における就労支援員等が就労支援員研修や職場適応援助者養成研修などの効果的な研修の受講を必須要件とし、支援の質の向上を図る。
- ・人材育成は時間を要するものであり、人材育成の検討には、福祉と労働を横断的に検討する事が必要となる。サービスや施策ごとではなく、就業・生活支援センター職員、職業カウンセラー、職場適応援助者、就労系サービス事業所の支援員などの人材育成のカリキュラムを統合させ、求める資質を明らかにすることが必要である。

(2)総合的な就労支援体制の構築のために

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・厚生省と労働省の統合(厚生労働省)の誕生によって、「障害者就業・生活支援の拠点づくり」の試行的事業の成果を踏まえ、福祉と労働の一体的支援の象徴である障害者就業・生活支援センターが誕生して15年が経過した。障がい者就労支援の担い手は雇用、福祉、保健・医療、教育等の様々な分野の専門性が必要であり、省庁や制度の枠組みを超えた連携のもとで一体となって就労支援を進めていくことが必要であるが、現状は制度間の縦割り感が否めない。

【意見・提案の内容】

- ・障がい者の就業生活支援については多様な生活ニーズにアプローチするという視点が必要であり、一つの側面からだけでなく、多面的なアプローチをするためにも、行政の枠組みを越えた、さまざまな制度の横断的な支援体制の構築が必要である。(資料1参照)

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)②

(3) 外部評価・本人による評価

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・就労移行支援事業等において、未だに就職者0の事業所が30%ある現状からも、実績をあげている事業所をしっかりと評価し、見える化していく必要がある。

【意見・提案の内容】

- ・利用者・家族・企業・関係機関からの外部評価・本人評価の導入
- ・公的機関におけるHP等での公表
- ・県等(指定機関)の指定・指導・監査のばらつきをおなくし、支援の中身の評価できるような仕組みが必要。
- ・市町村における支給決定プロセスと考え方の統一

(4) 市町村にごとに異なる支給決定プロセスや基準の統一化

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・市町村により支給決定のプロセスや基準にばらつきがある。

例えば就労移行支援事業所における再利用についての市町村ごとの考えにばらつきが確認されており、ボランティアで再度受け入れを行っている事業所もある。就労移行支援事業は、離職者への再就職支援も必須な事業であるにも関わらず、現状は再利用に関して市町村見解にばらつきがみられる。

【意見・提案の内容】

- ・再利用に関して統一した見解を出してほしい。

(5) 相談支援事業の体制について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・福祉サービスを利用するうえで、計画相談は重要な事業であることは周知の事実ではあるが、その報酬単価は、仕事量と比較しても、低い状況下であり運営も厳しく、相談支援事業の開設事業所も少ない状況が続いており、多くのケースを抱える事で、質も低下も見受けられ、相談支援専門員が疲弊している状況がある。新事業の就労定着支援等今後、働くというフィールドでも、相談支援専門員との連携が予想される中、質の担保は必須である。

【意見・提案の内容】

- ・報酬単価の見直し
- ・相談支援専門員の1人あたりが担当するケース数の制限
- ・就労相談ができる相談支援専門員の育成

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)③

【視点-2】 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

(1) 就労支援定着加算について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・地方に多くみられる一定の就職率を發揮しているものの「就職者数」が多くない事業所など、新事業開始に伴う制度見直しで就労定着支援加算が廃止もしくは大幅な減少になってしまうと、運営が厳しくなる事業所も想定され、就労支援を担う継続的な人材育成だけでなく、事業継続が途絶えてしまうリスクがある。

【意見・提案の内容】

- ・上記課題に対応するためには、現状の実績のある就労移行支援事業所には、新事業が開始されても、現状と変わりなく事業を継続できる仕組みが必要。一般就労の移行率に応じて基本報酬を設定する。その際、現行では定着実績に応じて5段階に区分しているが、移行率に応じて7段階以上に区分して報酬を設定する。できるだけ細かく区分するほうが、事業所の努力をきめ細かく評価することになるため、事業所の努力を促進する効果が期待できる。就職者数をさらに伸ばすためには、移行率の高い層における区分を細かく設定すべきである。

(2) 地方都市での就労促進のために

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・就労移行支援事業所数は都市部と地方で大きな差が生じており、特に人口が少ない都道府県においては就労移行支援事業所の数が少なく、就労に向けた訓練の機会の格差が生じており、働きたいという意欲のある障がい者が身近な地域で適切な就労移行支援サービスを利用する機会が得られていない。

【意見・提案の内容】

- ・人口の少ない地域でも就労移行支援事業所を開設できるよう、定員要件を緩和し10名以下でも就労移行支援事業所を単体で開設できるように報酬体系を新設し、地方の一般就労を促進する。

(3) 就労定着支援事業について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・利用対象者は障害福祉サービスを利用後、一般就労した者であることとなっているが、公平性が保てないのではないかと。

【意見・提案の内容】

- ・能力開発施設や特別支援学校等、他の制度を利用後、一般就労した者も対象とするべきである。

(4) 若年層への就労移行支援の拡充について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・支援対象者の中には、高校に進学せず就職を希望される方、高校を中退して就職を希望される方等、就労支援の場面には、18歳以下の支援対象者の方もいる現状があるが、児童相談所における要援護通知など、手続きが複雑な状況があり、サービスにつながらないケースも確認できている。

【意見・提案の内容】

- ・18歳以下であっても、就労移行支援事業を通常の福祉サービスの手続きと同じように利用できるように検討をお願いしたい。就労アセスメントも現在高校在学中に行っており、児童相談所や市町村で要援護通知等の調整も図られている事も踏まえ、進学していない支援対象者に関しても利用しやすい仕組みの検討をお願いしたい。

(5) 医療機関との連携に対する報酬加算設定

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・近年、精神障害者の就職件数が大幅に伸びてきている中、障がいの多様化への対応、働き方の多様化への対応が求められるようになってきており、利用者の通院同行や、服薬調整、主治医との連携する機会は、軒並み増えてきている。

【意見・提案の内容】

- ・医療・福祉・保健がお互いに有機的な連携をするためにも、医療機関との連携に対する報酬加算を設定する事でさらに、一歩進んだ、医療機関との連携が加速されると思われる。

(6) 適正な数 障害者計画の連動と総量規制

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・どの地域においても、利用者個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするために、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対応を検討する必要がある。

【意見・提案の内容】

- ・障害者計画見直し時期になり、平成30年からの新しい計画に向けて、各市町村で準備が進められている状況化ではあるが、支給量及び事業所のバランスにおいては、地域格差が格段に進んでいる状況がある。自立支援協議会などで慎重な議論をしながら、官民一体となって調整をしていく必要がある。

【視点-3】 持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

(1) 一般就労の促進のために就労継続支援A型事業やB型事業を移行加算の対象に

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・就労移行支援事業所が創設された事で、年々福祉サービスからの一般就労者が伸びている現状ではあるが、その一方で、就労継続支援A型事業や就労継続支援B型事業所からの一般就労者は、停滞している現状がある。
(資料2 H27年度 一般就労移行率 就労継続支援A型事業 4.3%、就労継続支援B型事業 1.3%)
労働力不足が今後ともより深刻な社会的問題になっていくなかで、ますます、障害のある人が働く人材として期待され、就職支援が必要になってくると思われる。これにかかる経費は福祉政策経費だけでなく、労働政策経費も併せて位置付け、予算枠の見直しを求める。

【意見・提案の内容】

- ・ 就労定着支援加算の適用範囲を就労継続支援A型・B型事業所にも範囲を広げ、一般就労の取り組みを評価する事で、A型・B型における一般就労への取り組みが促進されると考える。

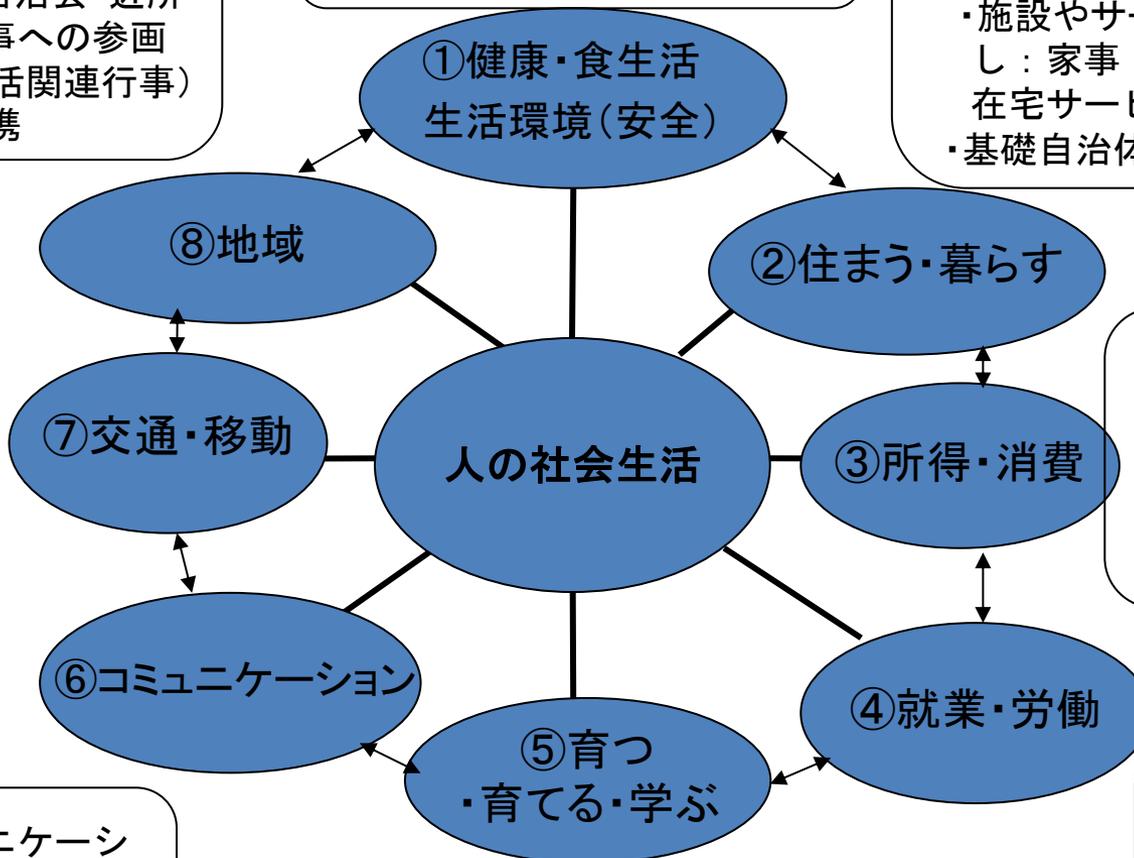
社会生活の多様性

- ・交遊関係:友人・集団・利害関係)
交遊関係の比重(生活時間・意識・経費)
- ・地域社会との関係:自治会・近所づきあい・地域の行事への参画(祭り・環境美化・生活関連行事)
- ・地域の変化との連携

食生活・栄養管理・食材選択
健康管理・疾病管理・防犯
安全・地域の防災・危険時対応

- ・住環境:立地条件・地域のまちづくり・生活関連施設等の利便性・バリアフリー・住居管理・設備生活施設・娯楽
- ・施設やサービス機能・暮らし:家事・家政・在宅サービス・
- ・基礎自治体のサービス状況

公共交通機関
利便性・安全性
モビリティ
バリアフリー



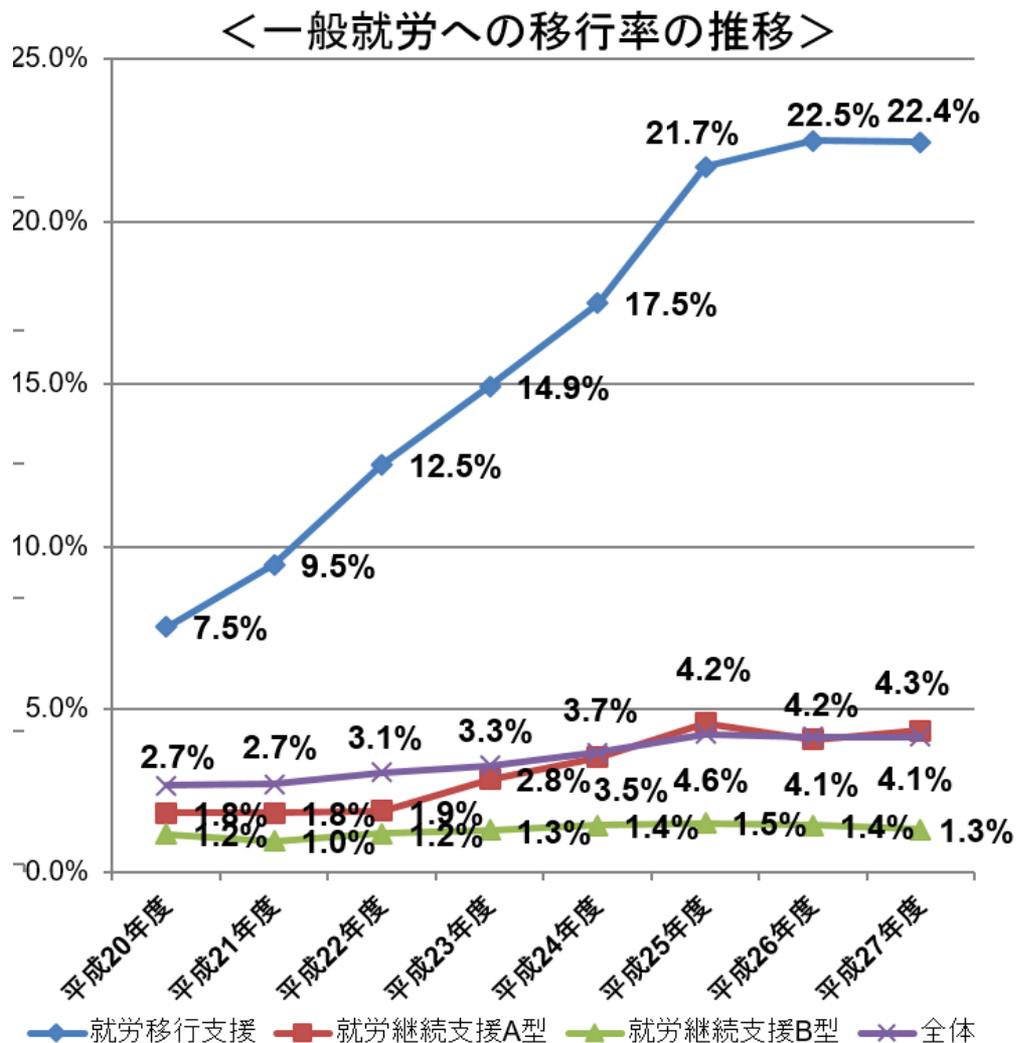
生活設計・生活コスト(生活・文化的価値)・財資産の保有・蓄財の意識・質向上のための資本投下

- ・情報取得・コミュニケーション手段・災害対応・緊急連絡システム(誘導案内・危険情報)

教育機会・各種関連機関の利便性・啓蒙・啓発活動・伝統文化・教育内容・教育機会など

個性の発揮・役割の実現・生計の維持・雇用環境・産業動向

視点3 (1) 一般就労の促進のために就労継続支援A型事業やB型事業を移行加算の対象に



【出典】社会福祉施設等調査、国保連データ