

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会
代表 三木 和平



1. 設立年月日：平成7年3月15日

2. 活動目的及び主な活動内容：

精神科診療所の資質の向上を図るとともに、精神保健に関する事業を行い、もって精神障害者の福祉の増進及び精神科医療並びに国民の精神保健の向上に貢献することを目的とする。

【主な活動内容】

- ・ 診療所における地域精神保健医療福祉事業についての調査・研究
(例：重度認知症患者デイケア実態調査、精神科診療所における自殺実態調査等)
- ・ 精神保健福祉及び精神科医療に関する正しい知識の普及及び相談事業
(例：認知症、産業メンタルヘルス、女性のメンタルヘルス、自殺対策等の講演会開催等)
- ・ 精神保健医療福祉に関する教育研修及び広報事業
(例：チーム医療・地域リハビリテーション研修会、教会史の発行等)
- ・ 精神保健医療福祉に関する調査研究に対する助成事業
(例：田中健記念研究助成事業)
- ・ 災害時における精神保健医療福祉に関する支援事業
(例：災害支援対策全国会議等)

3. 加盟団体数(又は支部数等)：地区協会44団体(令和5年6月時点)

4. 会員数：1,662(令和5年6月時点)

5. 法人代表：代表 三木 和平

令和6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. **精神障害は疾病と障害の両面を持つものであり、福祉の支援に当たっては医療機関との連携をさらに促進すべき**
サービス開始に際しては医療機関との情報共有を必須とし、その後も医療機関への定期報告を評価する。
2. **就労支援事業所外での支援をさらに評価すべきである**
就労支援は施設内の訓練よりも企業での支援の方が課題が明確になり環境調整も具体的に行うことができる。また、就職後は環境変化や受け入れ先企業担当者等のフォローの必要性が生じ、特に手厚いケアが必要となるため就職直後の定着支援も評価されるべきである。

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. **計画相談は担当人数を制限するとともに計画作成、モニタリング報告書作成以外のヒアリングや情報共有等も評価されるべき**
担当できる人数に制限を設けるとともに、情報共有やアセスメントなど質の向上につながる行動を評価する。
2. **就労定着支援をより柔軟に行えるようにすることが必要である**
現在は3年間の定着を評価する形だが、これでは本人の職業選択の自由を侵害するケースも発生しうる。評価期間を2年とするか、転職回数をさらに増やすべき。また、転職に要する期間を1ヶ月から2か月に延ばすべき。

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. **訓練等給付サービスについては成果主義の要素をさらに導入すべきである**
ニーズに合わないサービス利用はなくしていかなければならない。自立を促進する事業所が居場所化し、利用者のステップアップを阻害する実態がある。法律の趣旨が果たされるよう成果主義の要素を強め、ケアを必要とする当事者が適切な医療サービスにつながるよう支援すべきである。
2. **障害者雇用代行ビジネスによる就職・定着等はそうでないものと明確に分けるべきである**
一部の障害者雇用代行ビジネスによる本来的な就職とは質的に異なる就職については定着支援等の報酬を明確に分けて対応すべきである。

視点－4 業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策 (ICT活用など)

1. **オンラインによる面談や会議をさらに推進すべきである**
多機関が対面で集まるための調整は労力を要し、結果として十分な会議が行われていない。また、通所が困難な利用者は支援から置き去りになりやすい。オンラインによる会議や支援を評価すべきである。
2. **ICT化促進を更に進めていくべきである**
ICT化が促されているがその進みは遅い。
ICT化による生産性アップが見込まれることから期間限定の加算を設定して更にICT化を促進すべき。

令和6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)

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. 精神障害は疾病と障害の両面を持つものであり、医療機関との連携をさらに促進すべきである

〈課題〉

福祉支援の経過が共有されておらず治療がやりづらい。地域包括ケアの観点からも少なくとも定期的に情報を共有されることが望ましい。また、医療機関から福祉事業所への情報提供書は点数が付いておらず、情報提供を依頼した際に医療機関から断られたりするケースもあると聞く。医療機関からの情報提供も評価されるべきである。

〈対処方策〉

相談支援専門員の作成するサービス等利用計画書、モニタリング報告書の医療機関への共有を評価する。診療情報提供書等の作成と福祉事業所等への提供を評価する。

〈評価方法〉

サービス等利用計画書、モニタリング報告書の提出を年4回まで加算として評価する。
医療機関に対しては診療情報提供書作成と共有に点数を付与する。

2. 就労支援事業所外での支援をさらに評価すべきである

〈課題〉

就労移行支援では就職後6か月間の定着支援には報酬が付かず、完全持ち出しで支援している。定着率により翌年の報酬の向上という形で評価される仕組みだが、就職直後の最も離職率が高まる時期のケアがしにくい状況である。現に2018年ごろから就労移行支援事業所の数は減少傾向にあり、実績を出せず閉所せざるを得ない状況にあることが伺われる。効果的な「就職現場での支援」を積極的に評価すべきである。これにより障害者の雇用率がさらに高まり、各種サービス利用費が相対的に減少するだけでなく納税につなげやすい環境が生まれる。

〈対処方策〉

就職後から半年間定着支援(職場訪問、面談、その他の支援)を行った際に評価する制度設計とする。なお、就職直後は環境変化というストレスが生じるため、6か月間の定着支援に主に携わるのは所属していた就労移行支援事業所であるべきである。

〈評価方法〉

就職直後の支援は内容により報酬を分ける(職場訪問、本人との事業所内での面談、事業所あるいはオンラインでの企業担当者との面談等)。職場訪問は週1回を標準とし、緊急時に関してはその理由を記録に残したうえで週1回まで追加訪問を可とする。なお、基本点数については従前通り、6か月定着率をもって基本点数に反映した評価を継続する。

令和6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)

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. 計画相談は担当人数を制限するとともに計画作成、モニタリング報告書作成以外のヒアリングや情報共有等も評価されるべき

〈課題〉

相談支援は計画書等の作成が主な報酬であるが、過剰に多くの担当者を抱える、あるいは抱えざるを得ない状況があり、十分なアセスメントを行わずただ事務的に計画書が作られるケースが見受けられる。本人の状況に合った適切なサービス利用が図られる様アセスメント等の行動を評価するとともに数をさばいて収益を確保するブローカーのような相談支援にならぬよう環境を作る必要がある。

〈対処方策〉

サービス利用支援費、継続サービス利用支援費(40件以上)の報酬を現行より更に減らす。視点1-1の加算の算定により、より質の高い相談支援の実施を促進する。

〈評価方法〉

サービス利用支援費(40件以上)を400単位、継続サービス利用支援費(40件以上)を300単位程度に制限する。

2. 就労定着支援をより柔軟に行えるようにすることが必要である

〈課題〉

就労定着支援は現状3年間のうちで1度、1か月以内の転職のみ就労継続と見なされるが、昨今の労働環境では3年間勤め続けるということはスタンダードではなくなりつつある。また、転職についても1ヶ月以内で面接から就職まで行うことは本人に無理なペースを強いることになるとともに本人の特性や状態を吟味した職場選びを行う上でも障壁となる。事業所が高い評価を得るために、本人の意に反して3年以上辞めさせないようにするなど、本人の職業選択の自由を制限しかねない制度設計となっている。

〈対処方策〉

評価期間を2年に短縮する。または転職回数を複数回まで許容する。

また、転職までの期間も現行の1ヶ月から2か月以内での再就職まで許容する運用とする。

〈評価方法〉

上記対処方策の通り、2年ないし3年間の就労継続率をもって基本点数を評価する現状の設計を継続する。

令和6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)

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. 訓練等給付サービスについては成果主義の要素をさらに導入すべきである

〈課題〉

福祉事業所の中には本人のニーズと合致していなくても通所を強いる事業所が見られる。特にB型事業所は利用期限がなく居場所化しやすい状況であり、法律の趣旨である「自立の促進」が図られないばかりか、働く能力のある利用者がB型事業所に留まるようにされたり、医療的ケアを必要とする方が適切な医療サービス等につながることを妨げられた結果重症化してから医療に送られるという実態がある。

〈対処方策〉

就労継続支援B型事業所の工賃金額の多寡による報酬差をさらに大きくし、居場所のみでの利用者が適切なサービスに誘導されるようにする。

医療的ケアが必要なケースについては精神科デイケア等の利用を促進する。

〈評価方法〉

工賃の金額による基本報酬に差が出る現在の設計を維持しつつ、その報酬金額差を更に大きくする。1人当たり平均工賃金額が多ければ点数が高くなり、低ければ今まで以上に報酬が低く設定する

2. 障害者雇用代行ビジネスによる就職・定着等はそうでないものと明確に分けるべきである

〈課題〉

一部の農園ビジネスやレンタルスペース等、企業の障害者雇用を代行していると認められている障害者雇用では就労実態がないか明らかに不足しているケースがある。これは法律の趣旨に基づいた障害者雇用とは呼べず、障害があってもなくても共に生きられる「共生社会」を作っているとは言えない。

〈対処方策〉

当該障害者雇用代行ビジネスでの障害者雇用は法定雇用率上のカウントを制限する。また、就労移行支援における就職実績を制限するとともに定着支援の報酬も減らす。

〈評価方法〉

当該障害者雇用代行ビジネスでの障害者雇用は法定雇用率上0.5とカウントするなどの制限を行う。また、就労移行支援における就職実績も0.5とカウントする。就労定着支援の報酬を半減するなどの措置をとる。

令和6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)

視点-4 業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策(ICT活用など)

1. オンラインによる面談や会議をさらに推進すべきである

〈課題〉

支援計画立案会議加算が設定されているところであるが、多機関が対面で会議を行う事にかかる労力は大きく、必要な時に必要な会議が行いにくい環境である。オンラインによるケース会議について、特に地域の行政担当者は及び腰であり実現しにくい。

〈対処方策〉

オンラインによるケース会議開催を認め、推進することを明確に周知し、会議開催のハードルを下げるべきである。

〈評価方法〉

オンライン会議であっても通常の会議と同様に支援計画立案会議実施加算の算定対象とする。

2. ICT化促進を更に進めていくべきである

〈課題〉

本人のサインが必要な書類等については一つでも修正があれば再度印刷し直す必要がある。計画相談等自宅訪問が必要なサービスにおいては特にその手間が著しく、一つの修正に付き事業所と利用者宅を往復することもあり、非常に非効率的である。

行政機関へ提出する書類は紙ベースであることが多い。提出のための移動や郵送などのコスト、不備等の修正にかかる手間など運用上非効率かつ資源の無駄であり、電子化が望まれる。一部自治体では書類提出を電子媒体のみと制限している場所もあるがまだ数は少ない。

〈対処方策〉

市区町村役場へ送付する資料(契約内容等通知書、事業所意見、実績報告書、モニタリング報告書、サービス等利用計画書等)を電子媒体での提出を可とする。また、ICT化を更に促進するため、ICT化が成されていることを評価する。加算は「3年間限定」にするなどして各事業所がICT化に早急に着手するよう促す。

〈評価方法〉

業務効率化が図られ支援に充てられる時間が増えることが見込まれることから加算を付けて導入を促進すべき。「ICT化促進加算」などにて、利用者1名につき月1回算定する等。

(参考資料)

(1) 視点1-2 IPSモデルの効果について

Becker, D. R. & Drake, R. E. : A Working Life For People with Severe Mental Illness, 2003, 堀宏隆監訳, 2004, 『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ-IPS:チームアプローチに基づく援助つき雇用ガイド』, 金剛出版

障害者の就業状況等に関する調査研究

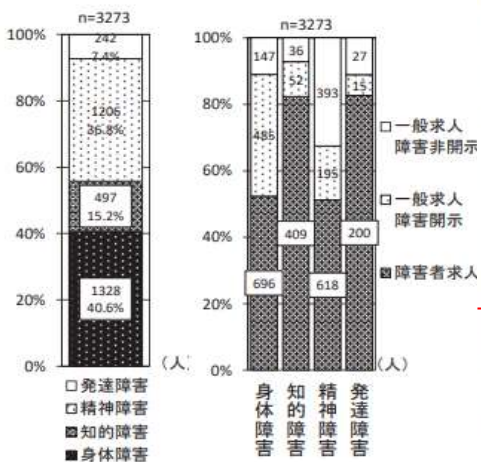
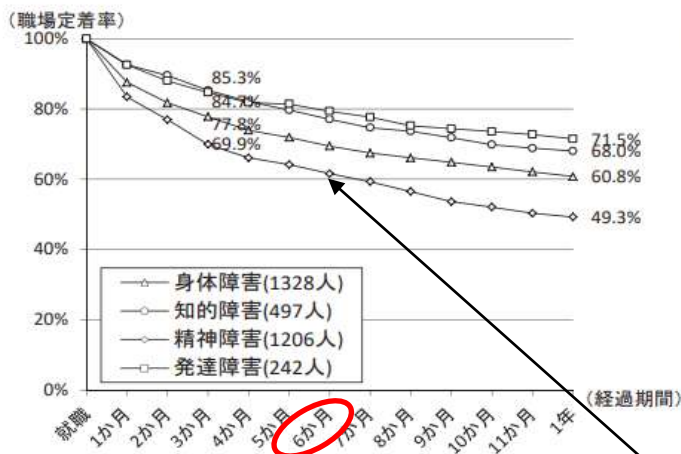
(独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター 2017年4月)

<https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/houkoku/p8ocur000000nub-att/houkoku137.pdf>

令和2年 社会福祉施設等調査の概況 (厚生労働省 令和3年12月22日)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/20/dl/gaikyo.pdf>

図表 概一2 障害別にみた職場定着率の推移と構成割合 (障害者求人または一般求人に応じた者)



就職後6か月までに約4割が退職

表4 事業の種類別にみた事業所数

事業の種類	令和2年(2020)	令和元年(2019)	各年10月1日現在	
			増減数	増減率(%)
居宅介護事業	23 741	23 098	643	2.8
重度訪問介護事業	21 327	20 789	538	2.6
同行援護事業	8 413	8 523	△ 110	△ 1.3
行動援護事業	2 628	2 563	65	2.5
療養介護事業	235	228	7	3.1
生活介護事業	8 637	8 268	369	4.5
重度障害者等包括支援事業	21	19	2	10.5
計画相談支援事業	10 778	10 255	523	5.1
地域相談支援(地域移行支援)事業	3 490	3 409	81	2.4
地域相談支援(地域定着支援)事業	3 341	3 266	75	2.3
短期入所事業	6 489	6 000	489	8.2
共同生活援助事業	9 659	8 643	1 016	11.8
自立訓練(機能訓練)事業	406	424	△ 18	△ 4.2
自立訓練(生活訓練)事業	1 440	1 404	36	2.6
宿泊型自立訓練事業	233	225	8	3.6
就労移行支援事業	3 301	3 399	△ 98	△ 2.9
就労継続支援(A型)事業	3 929	3 860	69	1.8
就労継続支援(B型)事業	13 355	12 497	858	6.9
自立生活援助事業	326	266	60	22.6
就労定着支援事業	1 421	1 251	170	13.6
児童発達支援事業	8 849	7 653	1 196	15.6
居宅訪問型児童発達支援事業	172	117	55	47.0
放課後等デイサービス事業	15 519	13 980	1 539	11.0
保育所等訪問支援事業	1 582	1 335	247	18.5
障害児相談支援事業	7 772	7 254	518	7.1

注: 複数の事業を行う事業所は、それぞれの事業に計上している。ただし、障害者支援施設の昼間実施サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援)を除く。

(参考資料)

(2) 視点3-2

「障害者は喜んで農園で働いている」はずが…国会がNGを出した障害者雇用 “代行、ビジネス 大手有名企業を含め800社が利用

<https://news.yahoo.co.jp/articles/5eed47e2f7c7914d41af37685cd05c34d3de8c6f>

障害者の仕事 農園で創出…法定雇用率の達成へ 企業が活用 社外での就労は「理念反する」との批判も

<https://www.yomiuri.co.jp/local/kansai/news/20220601-0Y01T50019/>

(3) 視点4-2 ICT活用の効果について

「障害者の地域生活における ICT を活用した障害福祉サービス等の業務の効率化と効果の検証」

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2021/202118033A.pdf

(参考資料)

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト報告書2016

<https://japc.or.jp/document/>



現場で工夫している事例について

【事例1】 就労定着支援について(視点1関係)

・職場実習等も含めて施設内における職業準備性を向上した利用者であっても就職後には体調の不安定化や不安の増強等が見られる。このため一部事業所では就職後週3回の電話等による様子確認や月2~4回の職場訪問を標準としている。疾病と同様に職場不適應も早期発見早期対処が就職継続の成否に大きく影響するため、1回1回の電話は1~2分程度の短時間として異変に気が付くことに焦点を当てるとともに本人、スタッフ、職場担当者に過負荷にならぬよう工夫している。

【事例2】 優秀な人材確保について(視点2関係)

・優秀な人材の確保は今もってうまくいく方法を模索中である。求人サイトの設定、求める人材に応じて給与水準を上げる、リファラル採用の設定等行っているがなかなか望んだ人材の採用は難しい。会員事業所の中には既に雇ったスタッフを積極的に育成することを理念に盛り込んだところもある。具体的には学会や外部研修等の費用負担、書籍購入補助、メンター制度、1on1面談の導入などを行い、育成に力を入れている。

【事例3】 就労移行について(視点3関係)

・就労移行支援は障害をお持ちの方の就職を支援する事業であるが、当協会の開院事業所の中には1事業所で22名の就職を実現し定着率も約9割であった。把握しているところでは定員20名でありながら年間40名超の就職者を輩出した就労移行支援事業所もあると聞く。こと訓練等給付の事業については効果的な支援が行われている事業所を支援すれば結果的に社会保障費の低減につながるだろう。

【事例4】 ICT活用について(視点4関係)

・当協会会員事業所では民間のビジネスチャットを活用している事業所も多い。ビジネスチャットについてはリテラシーの面で課題はあるものの情報共有や意思決定においの速度を上げ、組織の生産性を向上している。導入には抵抗もあるが概ねメリットの方がデメリットを上回っている印象である。

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

全国医療的ケアライン
代表 宮副 和歩



全国医療的ケアライン

1. 設立年月日: 令和4年3月27日

2. 活動目的及び主な活動内容:

全国規模の医療的ケア児者や家族のネットワークを築き、その支援者等も含めた全国の仲間とともに、どんなに重い病気や障害があっても住み慣れた地域で尊厳をもって暮らせるインクルーシブ社会をめざし設立。仲間の繋がりを促進するとともに、全国規模の課題について自ら発信し、行政や関係機関と連携しながら解決に向けた取組みを行っている。

【主な活動内容】

1. 当事者や家族の繋がりづくり、情報交換

- ・定期連絡会: 月に1度、全国47都道府県の家族会窓口者が集まるオンライン連絡会を開催している
- ・オンライン勉強会: 2022年度は、PTによる姿勢指導や、嚥下調整食、ピアサポートについて講師による講演を実施
- ・オンラインサークル: 2022年度末現在、学校・防災・短期入所・ユニバーサル野球・フリースポーツの5つのサークルが活動。
各サークルリーダーの下、BANDを利用した日常的な情報交換を行う他、月1回程度Zoomでの意見交換や勉強会を開催している。

2. 社会への発信

- ・フォーラム開催: 年に1度、全国の仲間が集うイベントを実施。当事者や家族の思いを発表する他、シンポジウムでは国会議員や省庁関係者にも登壇いただき、テーマについて議論。イベントの様子はYoutubeでのライブ配信を実施している。
- ・会議等への参加: 全国の医療的ケア児者を対象にした会議として、永田町こども未来会議や、省庁や財団等が行う有識者会議への参加(主に役員) / 自治体レベルでは、各地域の医療的ケア協議会等に当事者団体として参加(各県代表や窓口者)
- ・講演/講師等: 学会やイベントでの講演(2022年度: 日本介護福祉学会大会、全国重症心身障害日中活動支援協議会等)の他、大学での障害理解や企業での社内研修として講演をおこなってきた
- ・実態調査やヒアリング協力: 会独自に年に1度アンケートを実施(本年度は7月実施予定)の他、省庁やコンサルティング会社による調査に対し、当事者としてヒアリングに協力(2022年度: 1省庁、2社)

3. 加盟団体数: 全都道府県各1団体、計47団体(令和5年4月時点)

4. 会員数: 2,595人(令和4年9月時点)

5. 代表: 宮副 和歩、副代表: 村尾 晴美

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

弊会が昨年度に行った会員アンケートに基づき、以下の2分類5項目が必要と考え、提案いたします。

参考資料<1>会員アンケートからみた課題とニーズの実態

1 安全な日常生活を送る上での「見守り」を基礎とした3層支援整備

- (1) 自宅での安全な生活を支えるための「見守り」: 居宅介護における身体介護項目の設定
- (2) 成長発達に必要なサービス利用のための「見守り」: 通園通学通所等のための障害福祉サービスの暫定受給
- (3) 特に安全上の管理が必要な状況での「見守り」: 入院時の重度訪問介護サービスの暫定受給

2 通所での医療的ケア児者受入れ促進

- (1) 障害支援区分の判定における、医療的ケア児者に必要な支援度合いの適切な反映
- (2) 障害支援区分「7」の新設

令和6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 安全な日常生活を送る上での「見守り」を基礎とした3層支援整備

【意見・提案を行う背景、論拠】

これまでの医療的ケア児者に関連した報酬改定では、医療的ケアがあるが故に障害福祉サービスの提供事業所等が受入れ困難となっていた状況を改善すべく取り組まれてきた。一方で、生活の基本の場所である家庭での日常生活は、いまだ家族の負担が大きい状況が変わっていない。

【意見・提案の内容】

上記課題に対応し、医療的ケア児者の安心安全な在宅生活のためには、医療的ケアの判定スコアが一定以上となる児者については、安全上「見守り」が非常に大切な支援と捉え、医療的ケア児者の特徴をふまえた日常生活の3層構造に対し、サービスをメニュー化する必要がある。
補足:安全な在宅生活を送る上での「見守り」を基礎とした3層支援イメージ(次頁)

(1) 自宅での安全な生活を支えるための「見守り」: 居宅介護における見守りの項目化とケア実施の報酬加算

- ・ 医療的ケアの判定スコアで8点以上、かつ、見守りスコア(高)が1項目以上ある場合には、通常以上の安全上の見守りが必要と判断し、居宅介護での身体介護項目として、医療的ケア安全見守りを項目化する。
また、喀痰吸引等研修を修了した者が介助を行う場合の報酬加算を新設する。
参考資料<1> 医療的ケアのある障害児がいる家庭では自宅での長時間ヘルパー利用ニーズが高い
参考資料<2> 会員アンケートからみた課題とニーズの実態

(2) 成長発達に必要なサービス利用のための「見守り」: 通園通学通所等のための障害福祉サービスの暫定受給

- ・ 必要な療育や教育等を受けるための手段が整わない場合、暫定的に移動支援や行動援護を通学や通所に使えるようにする。
参考資料<3> 人工呼吸器を使用している児童・生徒の通学支援体制は整っていない

(3) 特に安全上の管理が必要な状況での「見守り」: 入院時の重度訪問介護サービスの暫定受給

- ・ 日常以上に安全上の管理が難しい入院においては、医療的ケアの判定スコアで5点以上、かつ、見守りスコア(高)が1項目以上ある場合には、その期間のみ暫定的に重度訪問介護事業を利用できるものとし、コミュニケーション支援として普段から関わっている介助者が付き添えるようにする。

【期待できる効果】

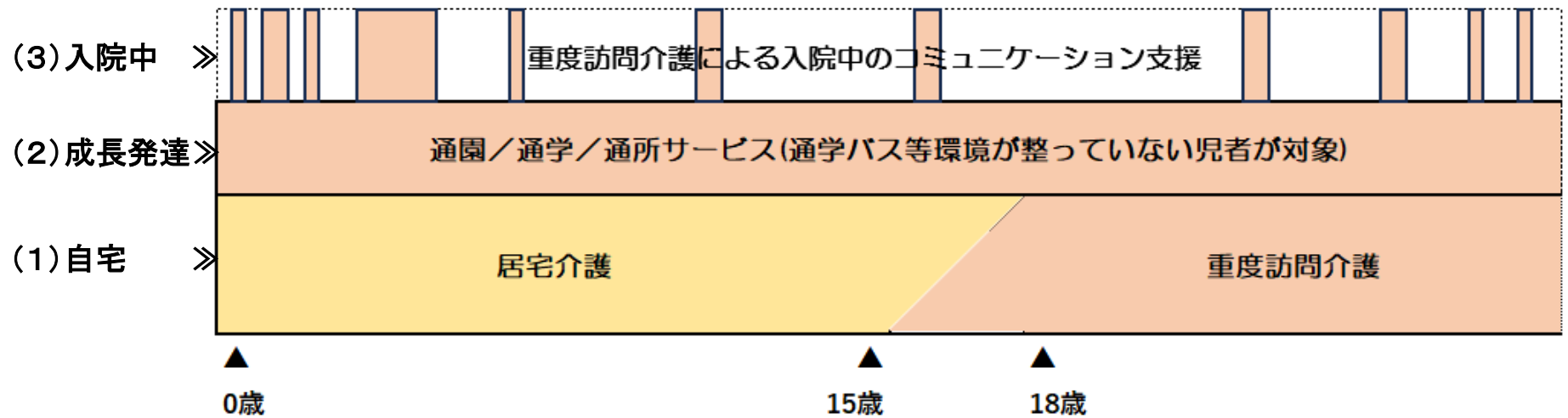
居宅介護において、喀痰吸引等研修を修了した者に対し報酬が加算されることで、医療的ケア児者に対応できる人材が増加するとともに見守りが項目化され、ケア実施前後から利用者の様子を把握できるようになることで、より質の高いサービス提供が可能になる【視点2】また、医療的ケア児者の生活が(1)(2)(3)を通じ3層構造で支えられることで、自宅での在宅生活が整い、個々のニーズに応じた支援が可能となる【視点1】更に、在宅生活が安定的に支えられることで、日常の補填としての短期入所利用や長期入所へのニーズが減り、新規施設整備や施設維持費用等の予算削減に繋がることが期待できる。【視点3】

補足:安全な日常生活を送る上での「見守り」を基礎とした3層支援イメージ

医療的ケア児者の日常は、決して自宅だけでも、自宅外だけでもない。

- (1)第1層:自宅での日常生活の安全
- (2)第2層:成長発達に必要な、療育や教育を受ける上での安全
- (3)常に医療と関わりの中で生きていくという特徴を踏まえた、入院中の安全

という、「3層構造の支援」が整って、はじめて“医療的ケア児者にとっての日常生活”が成立する。



2 通所での医療的ケア児者受入れ促進について

【意見・提案を行う背景、論拠】

医療的ケア児者は、新しいタイプの障害児者ではなく、障害の種類や程度に関わらず、そこに医療的ケアが加わることで医療上の管理が新しく必要となるというものである。その医療的ケアを本人が行い管理ができない場合には、障害の種類や程度により必要と想定される支援以上に、介助者の助けが必要になる。そのため、生活介護等の通所サービスでは、医療的ケアがある児者の受入れが断られ、行き場のない児者が問題となっている。

障害支援区分の認定調査項目には、特別な医療に関連する項目(12項目)が項目化されているが、医療的ケアがあるが故に必要となる“命を守るために必要な支援”が反映されるものになっているとは言い難い。

【意見・提案の内容】

障害支援区分は“障害の程度”ではなく、“標準的な支援の度合を示す区分”とされているものである。

医療的ケアが必要な児者が、真に必要な支援を受けられるよう、医療的ケアの有無が標準的な支援の度合いの差として区分判定に反映されるようにする必要がある。

(1)障害支援区分の判定における、医療的ケア児者に必要な支援度合いの適切な反映

医療的ケア児者本人が、必要な医療的ケアの実施／管理をできない場合には、それぞれの障害の多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援に加え、“更に医療的ケアがあることによる複雑な支援が必要な状態”であることを理解し、1次判定の段階で1つ上の障害支援区分との判定にする。

(2)障害支援区分「7」の新設

区分6で 医療的ケアがある場合として、新しい区分7を新設する。

【期待できる効果】

2-(1)(2)を通じ、医療的ケアがあることで、障害以上に必要な介助内容が増えたり複雑になる状態が、区分の差となって表され、利用者が必要な支援サービスを受けやすくなる。【視点1】

更に、事業者にとっても、利用者に必要な支援の実態に応じた報酬を受けられることで、質の高い人材の確保や持続可能な経営にも繋がることが期待される。【視点2】

<参考資料1> 会員アンケートからみた課題とニーズの実態

- ・2022年6月 全国医療的ケアライン実施アンケート「各都道府県家族会での関心事」(最大3項目まで選択可)
回答 39家族会、114項目 (回答数が2以上のもののみを表示)

各都道府県家族会での関心事	回答数
【在宅】親の就労や所用、休息のための医療的ケア児者のレスパイト施設不足	19
【学齢期】通学先での自主送迎	15
【卒業後】通所・就労先での受入れ	12
【学齢期】通学先での保護者付添い	11
【在宅】災害時の電源確保	9
【在宅】医療的ケアを担ってくれる看護師や介護者の不足	6
【未就学】児の日中の居場所	6
【未就学】入園先での受入れ	6
【在宅】親無き後の医療的ケア児者の生活	5
【学齢期】就学先での受入れ	3
【在宅】親の入院等、緊急時の短期入所施設不足	3
【在宅】きょうだい児についての課題	2
【在宅】災害時の避難生活	2
【在宅】在宅でのケアや介助の方法	2
【卒業後】通所・就労先での自主送迎	2

考察:

- ①「親の就労や所用、休息のための医療的ケア児者のレスパイト施設不足」(19件)では、緊急時のためではなく、就労や休息の確保等、日常生活を維持継続するために社会資源を求めていることが分かる。自宅での日常生活にもっと手厚いサポートが必要である。
- ②学齢期では、通学先での保護者付添い以上に、通学先での自主送迎の課題について関心が高い。地方では特別支援学校の数が少なく、自宅から遠いため、子どもを通学させてあげたいと思っても家族の送迎負担が身体的にも時間的にも大きい。通学を断念している例も少なくない。こうした家族の日常の負担感と、それでも何とか子どもに教育を受けさせてあげたい思いが、数字となって表れている。
- ③卒業後では、医療的ケアがあると、受入れ相談の段階で通所や就労先から断られることが多い。特に、区分6に該当する重症心身障害者や強度行動障害者に医療的ケアが必要となった場合に、更に支援が必要であることを表す区分がないため、課題となっている。

<参考資料2> 医療的ケアのある障害児がいる家庭では、 自宅での長時間ヘルパー利用ニーズが高い

・令和2年度 障害者総合福祉推進事業

「ヘルパーによる長時間の介助が必要とされている障害児等に対する支援の在り方に関する調査研究報告書」
より、一部抜粋・加工

「自宅」で連続して長時間（3時間以上）のヘルパーによるケアを受けられることとした場合の希望（障害児の状況別）

		ご自身の負担軽減、休息時間の確保 （①日常的な身体ケアへの対応）	ご自身の負担軽減、休息時間の確保 （②日常的な医療的ケアへの対応）	ご自身の負担軽減、休息時間の確保 （③日常的な発作や突発的な行動や見守りへの対応）	買い物や通院など、日常的な外出が必要な時の対応	健康診断や冠婚葬祭、地域イベントなど、日常的な外出以外に必要な時の対応	急病や緊急の用事（ご自身や家族など）があるときの対応	高齢の親の介護や乳幼児対応など、お子様以外へのケア時間の確保	きょうだいの対応の時間の確保	就労する時間の確保	ご自宅でのお子様の発達・療育支援や自立支援（家族以外との関わりなど）の機会確保	その他	現時点で、自宅を長時間利用するイメージがわからない／分からない
合計(n=688)		34.3%	15.1%	28.9%	44.2%	46.2%	64.0%	20.2%	37.1%	42.7%	40.6%	2.6%	11.2%
医療的ケア	必要(n=92)	55.4%	56.5%	27.2%	54.3%	60.9%	72.8%	23.9%	55.4%	55.4%	39.1%	4.3%	3.3%
	必要ではない(n=596)	31.0%	8.7%	29.2%	42.6%	44.0%	62.6%	19.8%	34.2%	40.8%	40.8%	2.3%	12.4%

		ご自身の負担軽減、休息時間の確保 （①日常的な身体ケアへの対応）	ご自身の負担軽減、休息時間の確保 （②日常的な医療的ケアへの対応）	きょうだいの対応の時間の確保	就労する時間の確保	現時点で、自宅を長時間利用するイメージがわからない／分からない
合計(n=688)		34.3%	15.1%	37.1%	42.7%	11.2%
医療的ケア	必要(n=92)	55.4%	56.5%	55.4%	55.4%	3.3%
	必要ではない(n=596)	31.0%	8.7%	34.2%	40.8%	12.4%

考察：

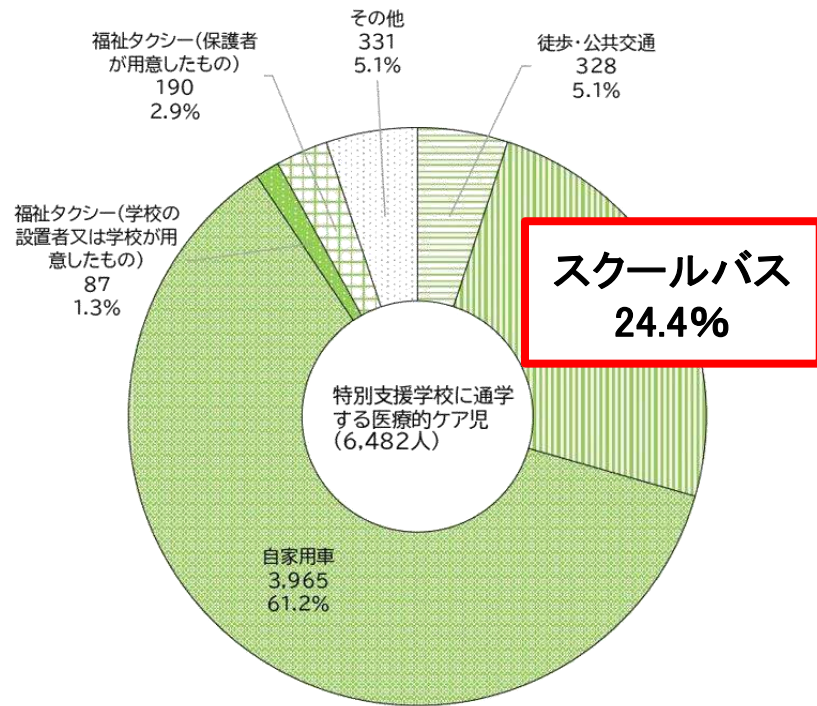
医療的ケアが必要な障害児のいる家庭では、家族の負担軽減や休息の確保、きょうだいの対応の時間の確保等で、自宅での長時間ヘルパー利用へのニーズが高くなっており、家族の日常に時間的な余裕がない状況が読み取れる。

また、「現時点で、自宅を長時間利用するイメージがわからない／分からない」と回答した割合は3.3%と低く、医療的ケアが必要な障害児がいる場合、ほとんどの家庭で具体的なニーズイメージをもっていることが分かる。

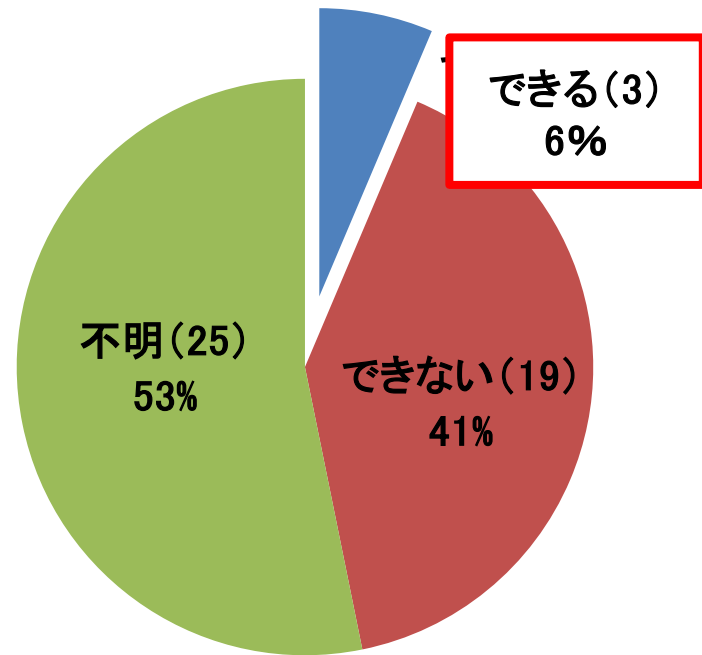
<参考資料3> 人工呼吸器を使用している児童・生徒のためのガイドラインがある都道府県の数

- ・令和3年度 文科省「令和3年度 学校における医療的ケアに関する実態調査」
6. 医療的ケア児の通学方法
- ・2022年 全国医療的ケアライン「都道府県教育委員会 医療的ケアガイドラインに関する全国調査」
人工呼吸器が必要な児童生徒が親の付き添いを解消できる内容になっているか

医療的ケア児の通学方法
(特別支援学校)



通学用車両内で看護師による人工呼吸器の管理が可能か



考察:
文科省の実態調査では、特別支援学校に通う医療的ケア児の4人に1人はスクールバスで通学できているという結果が示されているが、弊会が全国の都道府県教育委員会に調査をしたところ、通学用車両内で人工呼吸器の管理ができるようにガイドラインが作成されていたのは3カ所のみであった。人工呼吸器を使用しているような常時看護師によるケアや管理が必要な児童生徒の通学環境は、まだまだ整っていないとは言い難い状況である。

令和6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 全国医療的ケア児者支援協議会

代表 前田 浩利



全国医療的ケア児者支援協議会

一般社団法人 全国医療的ケア児者支援協議会の概要

1. 設立年月日:平成27年7月11日

2. 活動目的及び主な活動内容:

活動目的及び主な活動内容:

医療的ケアを必要とする人と家族が笑って暮らせる日本社会の実現を目的とする。

【主な活動内容】

- ・医療的ケアに関する政策提言事業
- ・医療的ケアの当事者とその家族、支援者のコミュニティづくり事業
- ・医療的ケアの当事者とその家族に対する相談及び支援事業
- ・医療的ケアに関する正しい知識の普及啓発及び広報事業
- ・医療的ケアに関する調査研究及び調査研究の成果を発表する事業
- ・医療的ケアに関する団体及び医療的ケア以外の関連団体との連携事業

3. 加盟団体数(又は支部数等):5団体(令和2年6月時点)

4. 会員数:1398

5. 法人代表: 代表 前田 浩利(小児科医)

令和6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) ライフステージの移行期における相談支援専門員および医療的ケア児等コーディネーターの報酬の拡充

職種に関わらず、医療的ケア児等コーディネーター研修を受けてコーディネーターとして活動する人材に対して報酬が付く仕組みを新設してください。また、児の発達支援、家族支援を個別性を踏まえ実践することを目的に、医療的ケア児等コーディネーターは「保険、医療、福祉連携計画」を作成し、モニタリング、計画修正などを行う事業者は、医療的ケア児1名につき3000単位/月が報酬として支払われるようにしてください。

(2) 重心児を対象とした児童発達支援・放課後等デイサービスにおいて、定員増に対して適切な人員配置ができるよう、定員6名以上での報酬単価を上げてください

重心児を対象とする児発・放デイにおいて、最低定員の5名で運営している事業所が圧倒的多数となっており、定員制限のため、利用ニーズに対して応えきれていないケースも多いです。新規の事業所・事業者を増やすのを期待するのではなく、既存のインフラを活用することができるよう、定員10名までを現在の定員5名の報酬単価としてください。

(3) 児の個別性に応じて居宅訪問型児童発達支援を常に児童発達支援と組み合わせて利用させてください

居宅訪問型児童発達支援と児童発達支援の併用は、通所への移行、もしくは通所が難しい場合に一時的に居宅訪問型を利用する場合が前提となっています。しかし、児の体力の課題などから保護者から併用のニーズがあります。また、自治体によっては通所移行だけではない理由で併用を認めている場合もあり、自治体によって運用がばらばらです。児の個別性に応じて居宅訪問型児童発達支援を常に児童発達支援と組み合わせて正式に利用できるよう通知を出してください。

(4) 福祉型短期入所施設における医療的ケア児の受入体制について

医療型短期入所施設の診療報酬面での改善や施設の増床についても議論されてきましたが、増床に必要なコスト面での課題やスタッフの確保等を鑑みると、全国で医療型短期入所のみで医療的ケア児のレスパイト問題の課題を解決するのは難しいと考えられます。そのため、福祉型短期入所施設で医療的ケア児を受け入れられる体制にしてください。

(5) 通所施設における医療的ケア児向け送迎加算を増やしてください

児の送迎時を行う際、喀痰吸引の医療的ケアがある場合、送迎加算は看護職員の同乗を条件に「91単位(送迎加算Ⅰ:54単位+送迎加算Ⅱ(一定要件):37単位)/片道」=約1,000円となっています。しかし送迎実務においては、看護職員の送迎車への同乗に加えてドライバーが必須であること、また物品のためのスペースや車内での医療的ケア実施のための空間が確保できる、リース等での福祉車両等が必要となります。全体として人件費と車両費等を含めて片道で約2,500円程度の費用がかかります。医療的ケア児(重心児を除く)について、児童発達支援・放課後等デイサービス等通所施設利用の際の送迎加算を現在の「91単位/片道」から「250単位/片道」に増やしてください。

令和6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)ライフステージの移行期における相談支援専門員および医療的ケア児等コーディネーターの報酬の拡充

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・医療的ケア児等コーディネーターの養成研修にてコーディネーターとなっても実務についているのは受講者の約3割という結果が出ています(青森県調査)。
- ・訪問看護師及び通所事業所の看護師は受講後コーディネーターとして活動したいが、無報酬なため活動できないとアンケートで回答しています。

【意見・提案の内容】

職種に関わらず、医療的ケア児等コーディネーター研修を受けてコーディネーターとして活動する人財に対して報酬が付く仕組みを新設してください。

児の発達支援、家族支援を個別性を踏まえ実践することを目的に、医療的ケア児等コーディネーターは「保険、医療、福祉連携計画」を作成し、モニタリング、計画修正などを行う事業者に、医療的ケア児1名につき3000単位/月が報酬として支払われるようにしてください。

【視点1】相談支援体制を各地域でコーディネーターが中心となり構築することが質の高い支援につながります。現在、相談支援事業所で算定可能な体制加算は、医療的ケア児を担当せずとも算定できるようになっている点は加算の趣旨に反すると言えます。

【視点2】相談支援の基本研修及び医療的ケア児等コーディネーター研修双方を履修した者が、所属や職種を問わず医療的ケア児等コーディネーターとして活動できるよう仕組みを整備することで、質の高い人材確保につながります。

【視点3】現状相談支援事業所へ支払われている医療的ケア児への加算に使われている財源を活用し、医療的ケア児等コーディネーターの支援に対する基本報酬が算定することが可能と考えます。これにより、視点1で指摘した医療的ケア児に対応していない事業所が加算を算定することもなくなります。

【視点4】医療的ケア児等コーディネーターが立案する保健医療福祉連携計画は、個人情報に配慮しつつWEB上で管理しながら、多職種と共有できるようICT化を進めることが望ましいと考えられます。

令和6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) 重心児を対象とした児童発達支援・放課後等デイサービスにおいて、定員増に対して適切な人員配置ができるよう、定員6名以上での報酬単価を上げてください

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・重心児を対象とする児発・放デイにおいて、最低定員の5名で運営している事業所が圧倒的多数となっています。定員制限のため、利用ニーズに対して応えきれていないケースも多いです(東京都、茨城県、大分県の計5法人よりヒアリング済)。
- ・定員6名以上は、預かり数が増えても人員配置を増やさない前提の報酬体系となっているため、定員増に応じて預かり一人当たりの報酬単価が下がります。しかし、実際には重心児・重心医ケア児の預かり数を増やすには医療的ケア等に対応する職員の加配が必要となり、定員増に応じて報酬単価が下がると、そのための収入が確保できません。
- ・また、地域によっては、利用者のニーズはあるが近隣に2事業所目を開設するのは過剰となるような事例もあり、定員を6名以上に増やしたいにもかかわらず、前述の報酬体系の制約でそれが難しいケースもあります。

【意見・提案の内容】

- ・定員10名まで、現在の定員5名の報酬単価としてください。そうすることで、定員が増えても人員の加配を行うことができます。

【視点1】定員増に合わせて職員加配も行えるようになるため、質の高いサービス提供の維持ができます。

【視点2】新規事業所を増やす場合、児童発達支援管理責任者等も事業所ごとに配置必要となるが、ひとつの事業所内で預かり人数を増やすことで、専門職員一人あたりでカバーできる児童数が増えます。いっぽうで、医療的ケア実務の担い手を増やすための機会拡充が必要と考えます。研修や、実習受け入れ先拡大のための補助があることが望ましいです。

【視点3】【視点4】新規事業所を増やすよりも、一園あたりのキャパシティを増やすことで国や自治体の管理コストの増加を抑制できます。また、事業者にとっても2事業所を運営するよりも、1事業所単位で管理することができコストを抑制できます。

令和6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)

ホ 重症心身障害児の場合	
(1) 定員5人	(2,098単位)
(2) 定員6人	(1,757単位)
(3) 定員7人	(1,511単位)
(4) 定員8人	(1,326単位)
(5) 定員9人	(1,184単位)
(6) 定員10人	(1,069単位)

【児童発達支援給付費】

児童発達支援センター以外で行う場合

└重症心身障害児の場合

└定員5名:2,098単位

└定員6名:1,757単位

└定員7名:1,511単位

└定員8名:1,326単位

└定員9名:1,184単位

└定員10名:1,069単位

障害福祉サービス費等の報酬算定構造

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000948077.pdf>

令和6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)

4 第一項から前項までの規定にかかわらず、主として重症心身障害児（法第七条第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を通わせる指定児童発達支援事業所に置くべき従業者及びその員数は、次のとおりとする。ただし、指定児童発達支援の単位ごとにその提供を行う時間帯のうち日常生活を営むのに必要な機能訓練を行わない時間帯については、第四号の機能訓練担当職員を置かないことができる。

- 一 嘱託医 一以上
- 二 看護職員 一以上
- 三 児童指導員又は保育士 一以上
- 四 機能訓練担当職員 一以上
- 五 児童発達支援管理責任者 一以上

児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成二十四年厚生労働省令第十五号)
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=424M60000100015>

現在の人員配置基準

- ・嘱託医 1名以上
- ・看護職員 1名以上
- ・児童指導員又は保育士 1名以上
- ・機能訓練担当職員 1名以上
- ・児童発達支援管理責任者 1名以上

重心児・重心医ケア児の預かりを増やす場合、看護職員の配置を同時に増やさないと、現場では、安全なお預かりを実現できません。

令和6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) 児の個別性に応じて居宅訪問型児童発達支援を常に児童発達支援と組み合わせて利用させてください

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・「居宅訪問型児童発達支援を、児童発達支援等と組み合わせて通所給付決定を行うことは、原則として想定されないものであるが、通所施設へ通うための移行期間として組み合わせることは差し支えない。」となっており、**通所への移行、もしくは通所が難しい場合に一時的に居宅訪問型を利用する場合は前提**となっています。
- ・しかし、実際にサービスを利用している利用者からは、「通所が週5日間だと子どもが疲れてしまい通所に通えない。訪問型の発達支援を継続できれば、週2回は自宅でリラックスした環境で個別の発達支援が受けられます」といった、訪問型支援の併用を求める声があがっています。
- ・参考資料※1によれば、自治体の4割が通所のサービス供給が少ない場合、居宅訪問型との併用を認めており、実質的に併用運用を行っている状態ですが、自治体の判断によってバラバラな運用となっています。

【意見・提案の内容】

- ・上記課題に対応するために、**児の個別性に応じて居宅訪問型児童発達支援を常に児童発達支援と組み合わせて正式に利用できるよう通知を出してください。**

【視点1】居宅訪問型児童発達支援に関する調査によれば、サービスを提供するための課題として、訪問支援ノウハウの不足、医療的ケア児に対する支援の不足があげられており、研修体制の拡充が必要です。

【視点2】訪問支援員の要件は障害児支援経験3年以上とされています。経験要件にNICUといった環境も含めたり、障害児支援経験要件を1年以上としたりと緩和することで人材確保が期待できます。

【視点3】障害福祉サービス等におけるサービス種類別にみた総費用額及び構成割合では、居宅訪問型児童発達支援は、0.0%を下回り、3億円の規模であるため、障害福祉サービスの財源を過度に圧迫するとは考えられません。

【視点4】業務の負担軽減、効率化のために、コロナが5類に切り替わる以前に行われていた代替支援(オンライン支援)の運用を再導入を提案します。またICT機器を用いた活動や計画書・報告書等の作成に対する援助を導入を提案します。

参考資料:

※1 データや調査に関して:居宅訪問型児童発達支援の対象者像の実態に関する調査

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000769142.pdf>

令和6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)

(4)福祉型短期入所施設における医療的ケア児の受入体制について

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・医療型短期入所施設の診療報酬面での改善や施設の増床についても議論されてきたが、増床に必要なコスト面での課題やスタッフの確保(看護師のみに限られている)、全国で医療型短期入所のみで医療的ケア児のレスパイト問題の課題を解決するのは難しいと考えられます。
- ・福祉型短期入所は建設コストやスタッフの確保(看護師に限らない)の面から新規開設のハードルが低く、全国で広がる可能性があります。

【意見・提案の内容】

- ・福祉強化型短期入所施設で医療的ケア児を受け入れられる体制にしてください。
- ・福祉強化型短期入所の医療連携体制加算を認め、訪問看護ステーションや非常勤の看護師の活用及び常勤看護師の雇用を可能にしてください。
- ・福祉強化型短期入所の医ケア加算を以下の形で増額してください。
 - ①新医療的ケアスコア32点以上:1200点/人・日、②新医療的ケアスコア16点以上:700点/人・日、
 - ③新医療的ケアスコア3点以上:500点/人・日
- ・福祉型強化型短期入所施設で24時間対応する在宅療養支援診療所と連携できる体制(医療保険の診療報酬で既に介護保険などで認められている短期入所施設への「往診」を認めただうえで)がある場合は、医療型短期入所と同様の報酬を認めていただきたい。

【視点1】ユーザーフレンドリーな設計をして、地域で保護者と一緒に作り上げると、事業者と利用者が助け合い、家と近い環境を提供できます。それにより本人の家族のQOL上昇が期待できます。

【視点2】訪問看護ステーションや非常勤の看護師・福祉職の活用により人材確保につながります。

【視点3】本人の体調が安定し、家族にゆとりができて、緊急の受診や入院が減り、医療費が抑制されます。

【視点4】普段診療している在宅医療期間と情報共有し、利用者宅に事前訪問することで、本人の十分な医療情報を前もって得ることができ、不安なくケアができます。また状態悪化時などにもすぐに相談できます。

福祉型と福祉強化型の比較(加算、合計)

福祉型短期入所 (加算)						福祉強化型短期入所 (加算)							
	単価	人数/日	利用延日数	請求単位	収益		単価	人数/日	利用延日数	請求単位	収益		
		定員10	※					定員10	30				
加算	短期利用加算 (日)	30	10	300	9,000	90,000	加算	短期利用加算 (日)	30	10	300	9,000	90,000
	医ケア加算 (日)	120	10		0	0		医ケア加算 (日)	120	10	300	36,000	360,000
	重度障害児障害者 対応支援加算 (日)	50	10		0	0		重度障害児障害者対応支	30	10	300	9,000	90,000
	単独型加算 (日)	320	10	300	96,000	960,000		単独型加算 (日)	320	10	300	96,000	960,000
	単独型加算 (18時間越え)	100	10	300	18,000	180,000		単独型加算 (18時間越え)	100	10	300	18,000	180,000
	医療連携加算 (日) 4時間未満	1000	10	100	100,000	1,000,000		医療連携加算 (日) 1人	2000	10	150	60,000	600,000
	医療連携加算 (日) 4時間以上	1500	10	100	150,000	1,500,000		※医療連携加算は算定不可					
	医療連携加算 (日) 8時間以上	2000	10	100	200,000	2,000,000							
	医療連携加算 (日) 2人	300	10		18,000	180,000		医療連携加算 (日) 2人	1600	10	150	48,000	480,000
	緊急短期入所受入加算	180	10			0		緊急短期入所受入加算	180	10	300		0
	定員特例加算	50	10			0		定員特例加算	50	10	300		0
	送迎加算	186	10			0		送迎加算	186	10	300	22,320	223,200
加算合計					5,910,000	加算合計					3,103,200		
松戸市 松戸市短期入所補助金		10	300		0	松戸市 松戸市短期入所補助金		10	300		0		
収益合計					7,941,900	収益合計					6,020,700		

2023年2月2日永田町子ども未来会議
医療法人財団 はるたか会資料より抜粋

令和6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)

(5)通所施設における医療的ケア児向け送迎加算を増やしてください

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ・重心児以外の医療的ケア児は送迎のための報酬が不十分であるため、実態として保護者が自主送迎をおこなうことが必要となるケースが多く存在しています。
- ・しかしながら、医療的ケアのための器具等、荷物が非常に多いため、保護者の自主送迎(特に、都市部で公共交通機関を利用しての送迎が必要となる場合など)は大きな負担となっており、それによって通所施設の利用を断念する(必要な資源につなげることができない)ケースもあります。
- ・現状、喀痰吸引の医療的ケアがある場合、送迎加算は看護職員の同乗を条件に「91単位(送迎加算Ⅰ:54単位+送迎加算Ⅰ(一定要件):37単位)/片道」=約1,000円となっています。しかし送迎実務においては、看護職員の送迎車への同乗に加えてドライバーが必須であること、また物品のためのスペースや車内での医療的ケア実施のための空間が確保できる、リース等での福祉車両等が必要となります。全体として人件費と車両費等を含めて片道で約2,500円程度の費用がかかります。

【意見・提案の内容】

- ・医療的ケア児(重心児を除く)について、児童発達支援・放課後等デイサービス等通所施設利用の際の送迎加算を現在の「91単位/片道」から「250単位/片道」に増やしてください。

【視点1】【視点2】

同乗職員は医療的ケアの実務が必要となります。現在は送迎加算Ⅰ(一定要件)の条件が看護職員に限られていますが、担い手を増やすために、看護師に限らず、医療的ケア実施についての一定の研修を受講した職員の算定を可能とすることが望ましいです。また、そのための研修拡充や、実習受け入れ先拡充のための補助があると望ましいと考えます。

【視点3】

看護師でなくとも、研修修了等を条件として医療的ケアの実務を担える職員を他職種に広げていくことで、職員配置上の費用を抑えることができると見込まれます。

【視点4】

送迎におけるライドシェア等の活用検討(複数の福祉施設送迎車の共同運行を自治体連携とICT活用によって実現する)が考えられます。

(参考資料)

(3) 児の個別性に応じて居宅訪問型児童発達支援を常に児童発達支援と組み合わせて利用させてください

居宅訪問型児童発達支援の対象者像の実態に関する調査

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000769142.pdf>

(4) 福祉型短期入所施設における医療的ケア児の受入体制について

令和2年の調査報告「医療型短期入所に関する実態調査」

<https://www.google.com/url?q=https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000654271.pdf&sa=D&source=docs&ust=1688555811162756&usg=AOvVaw0QO6RpjJIEO-TxRE8ayC3->

2023年2月2日永田町子ども未来会議

医療法人財団 はるたか会資料

<http://iryou-care.jp/info/919/>

令和6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日本相談支援専門員協会

代表理事

富岡貴生

理事・政策委員長 小川 陽

特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会の概要

1. 設立年月日 平成21年6月23日

2. 活動目的主な活動内容

【目的】

当協会は、障害者総合支援法に基づく相談支援専門員が、障害者の地域生活を支援する目的で、障害者ケアマネジメントを基本とした中立、公平な相談支援活動を実践するとともに、自らの資質の向上に努めることをもって、障害者の自立した生活支援に資することを目的として活動している。

【活動内容】(令和4年度実績の概要)

- ・「複数型協働ビジネスモデル」講演会(受講者48名)
- ・「誰も取り残されない被災者支援のための考え方」講演会(受講者48名)
- ・2022年度全国基幹型相談支援センター強化研修会(受講者240アカウント 623名)
- ・「全国相談支援ネットワーク研修大会」(受講者351名 オンデマンド含む)
- ・ブロック研修(東海・北陸 受講者105名)(中国 受講者141名)(北海道・東北 受講者85名)(九州・沖縄 受講者270名)(関東・甲信越65名)
- ・障害者総合支援法・児童福祉法改正法施工後3年の見直しについて意見書を提出
- ・厚生労働省などによる各種検討会への委員派遣
- ・厚生労働省社会保障審議会障害者部会委員
- ・厚生労働科学研究
 - 「障害分野の研修及び実地教育の効果の検証及び効果的な実施のための要因解明のための研究」
 - 「サービス等利用計画の策定過程における相談支援専門員の思考や判断等の可視化及びアセスメント項目等標準化の研究」
- ・障害者総合福祉推進事業
 - 「ケースワークに着目した相談支援専門員の業務実態把握及び相談支援事業の在り方並びに業務指針、都道府県及び市町村協議会の実態把握及び効果的な運営に向けた指針策定を検討する調査研究」
 - 「障害福祉サービス等の質の評価のための基準等の作成に関する調査研究」
 - 「療育手帳その他関連施策の実態等に関する調査研究」
 - 「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会」
 - 「障害児通所支援に関する検討会」
- ・その他、相談支援従事者養成研修共通講義動画作成及び配信や厚生労働省、総務省、デジタル庁、等の調査研究事業に協力

3. 【会員数等】 個人会員57名 団体会員40団体(40都道府県) (2023年6月1日)

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要版) ～相談支援の充実強化に向けた提案事項～

【柱1】

ケアマネジメントの浸透に向けた 相談支援専門員の確保

- ① 社会福祉士等について実務経験要件の見直しを図ることを求める。
- ② 産休・育休など止むを得ない事情に限り、更新期間の延長や研修受講要件を見直す等の措置を設ける対応を講じてはどうか。

<課題>

- ① 社会福祉士および精神保健福祉士等の相談援助専門資格取得者を早期に活用できない。
- ② 出産・育児などにかかる休業により資格の更新研修を受けられず要件を失効してしまう。

【柱2】

相談支援体制の強化と人材育成

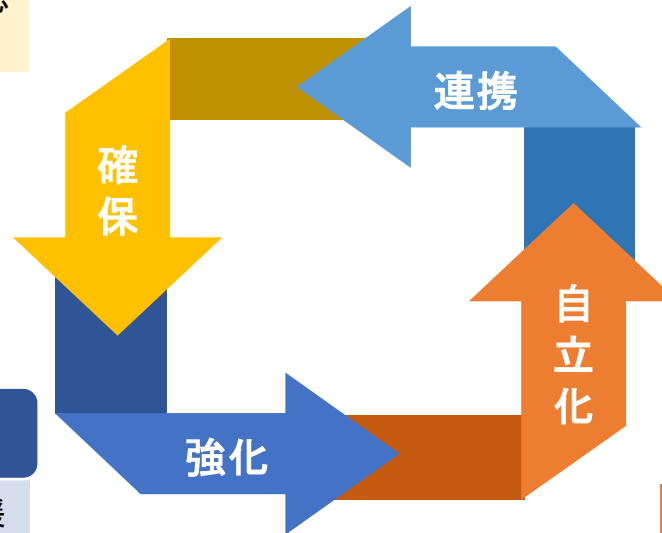
- ① 基幹相談支援センターを中核とした地域の相談支援体制整備の一層の促進を求める。
- ② 複数事業所の協働運営体制の促進策を講じてはどうか。
- ③ 専門コース別研修の確実な実施や主任相談支援専門員の更新研修を新たに設けてはどうか。

<課題>

- ① 基幹相談支援センターの設置が進んでいない。設置されていても機能を十分に果たせていない地域がある。
- ② 複数事業所による協働運営体制の実績が少ない。
- ③ 相談支援専門員の学習機会の保障に課題がある。

【目指すもの】

「障害のある人の希望
する暮らしの実現」



「誰もが暮らしやすい
共生社会の実現」



【柱4】

地域を基盤とした連携の強化

- ① 地域生活支援拠点等の設置促進と機能の充実のために更なる対応を求める。
- ② 包括的相談支援事業の効果的な設置のための人員配置基準の整備を行ってはどうか。

<課題>

- ① 地域生活支援拠点等の整備は進められているが、設置率は高くなく、設置されていても機能が充実していない地域もある。
- ② 包括的相談支援事業の実施により、専門的な支援の提供体制が維持されるかに懸念がある。

【柱3】

相談支援事業の自立化

- ① 特定相談支援事業には1名の常勤専従者を必置することを求める。
- ② 地域移行を推進するために、給付対象を拡大するとともに、総合的な相談支援事業ができる仕組みを設けてはどうか。

<課題>

- ① 相談支援の独立性・客観性を進めて行く観点から、その状況からの脱却が必要である。
- ② 地域移行を推進するために強力な相談支援事業体制が必要である。

柱1 質の高いケアマネジメントの浸透に向けた相談支援専門員の確保

○質の高い人材の確保ならびに育成と経験豊かな者の継続的な業務従事のために

課題

- ① 指定特定・指定障害児相談支援事業所は、令和3年4月1日時点で11,050箇所、従事する相談支援専門員数は25,067人となっており増加傾向にある(P16.17 参照)。しかしながら計画相談支援についての実績は依然としてセルフプラン率が高い地域があり、障害児相談支援についてはさらにセルフプラン率が高い状況(P18 参照)である。こうした状況は、担い手である相談支援専門員の人材不足が要因となっている。
- ② 現在、福祉業界全体の人材不足が叫ばれているが、一定の実務経験(3年～10年)と研修修了を要する相談支援専門員については、新卒者や他分野からの転職者には容易に要件を満たすことができず、いっそう人材確保が困難な状況にある。
- ③ 止むを得ない事情(出産・育児や介護など)により、一定期間内に資格更新に必要な研修を受講できず資格を失効した者は初任者研修を再受講することになっている。相談支援場面でキャリアを重ね、相当のスキルと経験を身につけた現任研修や主任研修を修了した者が、キャリアが振り出し戻ってしまう事により、対象者の研修受講の負担や地域の相談支援体制の維持、事業所の安定運営にも大きく影響する。

要因と考えられる事項

- ① 相談支援専門員が担う業務は利用者ニーズを的確に捉え整理し、必要な支援をマネジメントするという高度なスキルを要することから、福祉系国家資格所持者でも、資格取得から実質5年以上の実務経験と42.5時間の研修修了が要件とされている。そのため相談支援の専門職を志し社会福祉士や精神保健福祉士を取得した者でも、実務経験要件が相当期間に及ぶことから、相談支援に従事するまでに時間を要する。一方でサービス管理責任者は最低3年の実務経験でその要件を満たすことができる。
- ② 期限に近い年度に更新研修の受講を予定していた者が、止むを得ない事情により、更新研修を受講できず相談支援専門員としての資格を失効してしまう。

対応策案

- ① 相談支援従事者には質の高い人材の確保が必要とされることから、安易な要件緩和策ではなく、社会福祉士や精神保健福祉士といった相談支援に関する国家資格所持者について実務経験要件の見直しを図ってはどうか。その際、主任相談支援専門員による実地指導が受けられることを必須要件とするなどの条件について提案する。
- ② 経験と実績を積み重ね現任研修を修了した相談支援専門員が産休・育休などやむを得ない事情等により、更新のための研修を受講できず資格を失効する場合について更新期間の延長や研修受講要件を見直す等の措置などの対応を講じてはどうか。

期待される効果

- ① 相談支援専門員が十分に確保され質の高いケアマネジメントが浸透することにより、多職種連携による支援や障害福祉サービス等の利用調整だけでなく、障害のある人やこどもの意思決定に基づいた、いわゆるインフォーマルサービス等の活用も含めた希望する暮らしの実現に繋がっていく。(視点1・3)
- ② 相談支援の専門教育を受けた福祉人材が早期に活躍することができる。また、要件を失効することなくキャリアを積んだ相談支援専門員が活躍し続けることができ、人材の維持・確保が促進される。(視点1・2)

柱2 相談支援体制の強化と人材育成について

(1) 基幹相談支援センターを中核とした地域の相談支援体制整備の一層の促進について

課題

- ① 特定相談支援事業所は依然として小規模事業所が多く、また兼務者が多いこと等から(P21 参照)相談支援専門員としての専門性向上に必要な、いわゆるOJTの実施体制が不十分な場合が多い。そうした状況に対して、基幹相談支援センターの設置により事業所支援や支援者支援が展開されることは、地域における人材育成の推進に大変重要な取り組みである。しかしながら基幹相談支援センターの設置率は令和3年4月1日時点で50%(873市町村・1,100箇所)と増加傾向にあるものの、地域格差が大きい(P23 参照)ことから一層の設置促進が必要である。
- ② 特定相談支援事業所は1名～2名の人員配置しかない小規模事業所が多い。それに対して令和3年度報酬改定において、それらの事業所も含めた協働運営体制をとり基幹相談支援センター等の支援を受けるなどにより機能強化を図れば、一つの事業所としてみなされその体制に応じた機能強化型の基本報酬が算定できるようになった。しかしながらその取組が進展しているとは言い難い(P21.25.29参照)。
- ③ ニーズの多様化とライフステージを通じた切れ目のない支援や多職種連携によるチーム支援の重要性がさらに高まっている(添付の各検討会等の資料を参照)。

要因と考えられる事項

対応策案

- ① 基幹相談支援センターの設置・運営状況については各地域により多様化しており体制や事業規模がさまざまであることことから地域における中核機能を果たせる体制整備が十分に整っていない。(添付資料参照)
- ② 複数事業所の協働運営体制による機能強化型基本報酬の算定には、地域生活支援拠点等としての位置付けが必要である事や機能強化型Ⅰの事業所が協働体制を構築した場合にインセンティブが働かないこと、また市町村行政等の制度理解が浸透していない等の事由が考えられる。(添付資料参照)
- ③ ニーズの多様化に伴う専門性の確保や各種機関との一層の連携が求められている。

- ① 令和6年の基幹相談支援センター設置の努力義務化に伴い、国が進捗状況等について定期的に公表等を行うなどの設置促進策を講じてはどうか。
- ② 基幹相談支援センターが求められる機能を発揮するために主任相談支援専門員について(3年程度の経過措置をもって)必置化してはどうか。
- ③ 基幹相談支援センターの機能と役割を担うための財源確保をすすめてはどうか。
- ④ 協働運営体制を実施するにあたり、先行事例の紹介等を実施してはどうか。
- ⑤ 基幹相談支援センターや機能強化型Ⅰの事業所ならびに主任相談支援専門員を配置している事業所は小規模事業所との協働体制の構築を積極的に取り組むべきこととしてはどうか(役割を担うにあたっての報酬上評価も併せて)。

期待される効果

- ① 基幹相談支援センターの設置促進に加え、求められる中核的機能の発揮により、事業所間の特徴の相互活用や相談支援業務ならびにプランの点検(プロセス評価)等の実施拡大による地域における相談支援の質的向上や適切なケアマネジメントの推進が期待される。(視点2・3)
- ② 複数事業所による協働体制が促進されることにより人材育成環境の向上や相談支援の質的向上等、複数の効果が見込まれる。(視点2・3)
- ③ 地域における相談支援体制の強化により支援の連続性や保健、医療、福祉、就労支援、教育等、関係機関等との一層の連携強化が期待される。(視点3)

柱2 相談支援体制の強化と人材育成について

(2) 相談支援専門員としての能力維持および向上の機会の充実

課題

- ① 相談支援専門員が対応する相談には、児童から成人に及ぶライフステージの広さ、各障害ごとの特性等、また、発達支援から就労支援などのニーズへの対応等、基本的な障害者相談支援としての知識やスキルに加えて、習得しなければならないことが多くある。
相談支援現場における多様な相談に対応するためのスキル等の習得の手立てとして既に専門コース別研修等の標準カリキュラムが示されているところであるが、これらの研修が必ずしも実施されていない状況がある（専門性の向上ならびにサビ児管との協働の推進等に影響）。また、研修の開催方法については質的確保が重要である（P30参照）。
- ② 平成31年に主任相談支援専門員が創設されてから4年が経過し、その修了者が相談支援専門員としての資格更新の時期となっている。しかしながら現状では、主任相談支援専門員としてのスキル等の維持・向上を目的とした研修カリキュラムは存在していない。基幹相談支援センターの機能を強化していくためにも、各相談支援事業所における支援の専門性の向上や効果的・効率的な運営を図るためにも、主任相談支援専門員のスキル等の維持・向上の機会は必要と考える。

要因と考えられる事項	対応策案
<ul style="list-style-type: none"> ① 専門コース別研修の実施が任意とされている。また、必須研修の実施に加えて、専門コース別研修を複数実施するための都道府県等の体制等の影響が大きい（研修内容等はP30参照）。 ② コロナ禍においては、人材養成確保の維持を目的にオンライン研修が各地で実施され、定着してきた。 ③ 主任相談支援専門員向け現任研修の標準カリキュラム等が示されていない（現状は現任研修もしくは主任研修の再受講の扱い）。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 専門コース別研修修了者を配置している場合について加算での評価をしてはどうか。 ② 専門コース別研修の実施方法について手引き等を作成し、各都道府県に発出してはどうか。 ③ いわゆる法定研修の開催方法については人材育成を行う都道府県が設置する協議会等において集合形式を基本（特に演習部分）として検討することとしてはどうか。 ④ 主任相談支援専門員が地域で継続的に質の高いOJTを実施していくためにその力量を担保する更新研修受講等の仕組みづくりを進めてはどうか。

期待される効果

- ① 相談支援専門員のスキル向上が期待され、多様なニーズへの対応力向上が期待される（視点1・3）
- ② 主任相談支援専門員のスキル等の維持・向上によって質の高いOJTが可能となり、結果的に地域を基盤としたソーシャルワークを実践できる相談支援専門員を育成できる環境が整うとともに人材育成を核とした相談支援体制整備に繋がる（視点1・2・3）

柱3 相談支援事業の自立化について

課題

- ① 障害のある人が望む生活の実現のために計画相談支援を担当する相談支援専門員がその希望に寄り添った支援を中立・公正に行うためには、計画相談支援事業の運営が自立している必要がある。計画相談支援事業は、令和3年度改定までに報酬上の改善策が図られ、安定的な経営状況にある事業者もあるが、他事業と比べると多くの事業所は依然として厳しい状況である(P42参照)。そのため、専従の相談支援専門員が配置されていない事業所も多い。今後も、さらに相談支援の自立化を進めていくことが重要である。
- ② 現在の標準件数である35件/月を目安に支援を実施しようとする、一人の相談支援専門員が担当する実利用者数が100人を超える場合があるなど過大であり、個々の利用者の状況把握が難しく支援の質が上がらない。一方で、担当する実人数を少なくした場合、支援件数が減り事業所運営を安定させられる報酬が得られない。また、相談支援の質的確保には事務業務の煩雑さの解消や効率化を促進することも重要である。
- ③ より適切な支援の提供にあたり、多職種連携による支援チームを構築し、相談者の状況等に応じて行われるモニタリング実施状況に地域差がある(P47～49参照)

要因と考えられる事項

対応策案

- ① 計画相談支援の現状の報酬体系は、より質の高い支援を実施できる体制や実施したことに対して多様な加算等により評価をしているが、仕組みの煩雑性から加算の取得が低調となっている。
- ② 人員及び運営に関する基準において、専従の相談支援専門員配置が必須要件となっていないことで兼務者が多くなっている。
- ③ 従前よりモニタリング頻度については相談者の状況等に応じて柔軟に対応できる事になっているが、依然として硬直的な運用を実施している市町村が見受けられる。
- ④ 1事業所あたりの職員配置数が少なく、地域相談や障害児相談及び自立生活援助等の各事業を総合的に取組む体制を確保できないため、相談支援専門員の支援技術や支援の幅を広げられず、地域移行支援の停滞を招いている。
- ⑤ ケアマネジメントプロセスにおける記録等についてデジタル化が遅れている。

- ① 現行の報酬体系について、例えば 取得率の高い加算、特に適切なケアマネジメントを実施する際において実施すべき支援を基本報酬に組み込む等、簡素化への工夫を行ってはどうか。
- ② 計画相談支援を実施するにおいて、特定相談支援事業には1名の常勤専従者を(3年程度の経過措置をもって)必置としてはどうか。
- ③ 必要に応じてモニタリング実施標準期間の硬直的な運用を実施している市町村については調査等により実態を公表するなどの対応を講じてはどうか。
- ④ 地域移行の更なる推進のために相談支援事業所が協働運営体制を整備し、全ての相談支援事業を実施していること及び主任相談支援専門員やピアサポーターを複数名配置することを要件とした新たな報酬体系を設けてはどうか。
- ⑤ 業務効率の向上に向けてデジタル化の導入について検討や試行を積極的に行える環境整備を検討してはどうか。

期待される効果

- ① 常勤専従の相談支援専門員を配置することで、確実に相談支援業務に注力できることにより、他の事業所と協働する取り組みを推進できることが期待され、相談支援専門員の燃えつきや離職の防止にもつながることが期待される。(視点1・2・3)
- ② 複数の事業所が協働して計画相談、地域相談(移行・定着)、障害児相談、自立生活援助を総合的に提供できる仕組みを作ることを通じて、事業所としての体力と支援力が高まり、入所施設や精神科病院からの地域移行をさらに進めることが期待できる。また、要件に主任相談支援専門員及びピアサポーターを複数名配置することを位置付けることにより、質の高い支援と事業所運営が期待できる。(視点1・2・3)
- ③ 適切なモニタリングの実施により本人の意思決定に基づくケアマネジメント実践の推進や不適切な支援等への予防や防止等も期待できる(視点3)
- ④ ICTの活用により業務効率が向上することで、アセスメントやモニタリングなどの一層の充実が期待される(視点3・4)

柱4 地域を基盤とした連携の強化

課題

- ① 地域生活支援拠点等は、障害児者や難病患者の重度化・高齢化や「親亡き後」に備えるとともに、病院や施設等から地域移行を進めるため、重度障害にも対応できる専門性を有し、地域生活において、障害者等やその家族の緊急事態に対応を図るものとされ、昨年の法改正ではその整備が市町村の努力義務とされた。一方、現状においては、形式的な整備が目的化している場合があるとの指摘や、地域の実情に応じて必要な機能の強化を図っていくことが必要との声もある(P55 参照)。相談支援事業や居宅系サービスに加算等を設けることで、その整備の促進が図られているが、拠点コーディネーターの配置や強度行動障害を呈する人への緊急的な対応の困難性などをはじめとして、十分な整備促進や機能の充実策とはなっていない。
- ② 自立支援協議会はほぼ全ての市町村及び全ての都道府県に設置されているが、具体的な課題を検討する部会の設置状況や開催頻度等は多様であり、形骸化への指摘等も含め見直しの必要がある。
- ③ 多様性を包摂し、共に生きる社会の実現に向け、他法他施策との連携が不可欠であることから、重層的支援体制整備事業における包括的相談支援事業が重要である。また、包括的相談支援事業の実施にあたって各分野の委託事業等が、これまで培ってきた各分野の専門性を活かす視点が重要である。

要因と考えられる事項

対応策案

- ① 地域生活支援拠点等の機能を担う障害福祉サービス等の整備促進の役割は計画相談支援等を除き都道府県が行うこととなっており、市町村が主体となって拠点等の整備を促進するためのインセンティブになるような仕組みがない。
- ② 強度行動障害を呈する人などへの緊急時対応は日常的に対応している人、場所等が活用できなければ、当事者及び家族にとって安心・安全なものとなりにくい。
- ③ 自立支援協議会で協議検討する事項の増加による協議会事務局の運営負担の増大やコロナ禍における開催方法の変更などにより形式化に拍車がかかったのではないか。
- ④ 地域定着支援はまさにセーフティネットを目的とした事業と言えるが、十分な活用がされていない。
- ⑤ 包括的相談支援事業を実施するにあたっての人員配置基準等が示されていない。

- ① 地域生活支援拠点等の設置の促進および機能の充実のために、地域生活支援促進事業等による個別給付以外の財政措置により市町村がより主体的になれる促進策を講じてはどうか。
- ② 地域生活支援拠点等によるセーフティネットの網目を細かくするために、相談および居宅系に加えて通所系事業所が緊急時対応をした場合の評価制度を創設する必要がある。
- ③ 市町村協議会における都道府県が設置する広域専門機関との連携強化や都道府県協議会との効果的な連動性などについて好事例紹介等をしてはどうか。
- ④ セーフティネット機能として地域定着支援が更なる活用をされるように、地域定着支援に他のサービス利用がある場合とない場合の2区分を創設し、状況に応じた報酬上の評価をしてはどうか。
- ⑤ 基幹相談支援センター等の機能を含めた重層的相談支援体制整備事業を実施する場合は、主任相談支援専門員もしくは同等の経験とスキルを有する相談支援専門員の配置を必須とする必要がある。

期待される効果

- ① 地域生活支援拠点等の設置の促進及び機能の充実が図られ、障害のある人の安心安全な地域生活や障害者支援施設および精神科病院からの地域移行が促進される。(視点1・2)
- ② 地域自立支援協議会の活性化や各地域における包括的で専門的な相談支援体制の充実が図られる。(視点1)

令和6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)

5.その他各サービスにおける加算等の改善・創設についての提案

(1)計画相談支援・障害児相談支援(既存加算の改善①)

項目	課題	提案
特別地域加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅介護支援事業で支援する要介護者に比べ、計画相談支援事業の対象となる障害者の割合は1/5程度であるため、支援地域の範囲が5倍程度となり、移動に係る業務負担が大きい。また、人口密度が高くない地方においては、さらに業務負担が大きくなり効率的な業務の実施が困難な場合がある。 ● 都心部では事業所から利用者宅まで自転車等で15分程度の場合もあるのに対し、地方では自動車で1時間以上を要することもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別地域加算について、障害者の状況に配慮した移動に係る業務時間を適切に評価できる仕組みを整えてください。
サービス担当者会議実施加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス担当者会議に係る業務量は、開催前の連絡調整、会議準備、会議後の取りまとめを含めれば、数時間を要するが、100単位では適切な評価とは言えないのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 業務量を適切に評価した報酬単価を設定してください 100単位⇒200単位
サービス提供時モニタリング加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス等利用計画には、障害福祉サービスおよび地域相談支援以外についても、利用者の生活を支える重要な支援として移動支援などの地域生活支援事業やその他インフォーマルサービスも記載されるが、それらについてのサービス提供時モニタリングを実施しても、加算対象とならない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 質の高い相談支援を提供すること及び医療等との連携の更なる促進を踏まえて、地域生活支援事業により実施されるサービスや訪問看護、各種サロン等についてもサービス提供時モニタリング加算の算定要件としてください。
退院・退所加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院に際しては相当な支援を要する場合が多いが、サービス利用支援として支援が実施されなかった場合、それらの業務は評価されない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院時に継続サービス利用支援を実施し、関係機関との連絡等により支援内容を調整した場合を加算の対象としてください。

令和6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) 計画相談支援・障害児相談支援（既存加算の改善②）		
項目	課題	提案
医療・保育・教育機関等連携加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 現状はサービス利用支援時にのみ算定できる。 ● しかしながら継続サービス利用支援時においても同様に医療・保育・教育機関等と連絡調整を行いモニタリングを実施しているが、加算の対象とならない。 ● 介護保険を併用している利用者に計画相談支援を実施する場合は、介護支援専門員との連携は必須となるが、本加算の対象となっていない。 ● 民生委員や児童委員など個人に委嘱されているようなものとの連携が本加算の対象となっていない。 ● 複数の機関との連携を行うためには、連絡調整等に相当の時間を要するが、100単位では適切な評価とは言えない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 継続サービス利用支援時においても本加算を算定できるようにしてください。 ● 居宅介護支援と計画相談支援による支援がともに提供されている場合は、介護支援専門員との連携について本加算の評価対象としてください。 ● 民生委員等との連携についても本加算の評価対象としてください。 ● 業務量を適切に評価した報酬単価を設定してください 100単位⇒200単位
福祉・介護職員処遇改善加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定処遇改善加算の適用職種については、給与水準が論点となっていたが、サービス管理責任者が適用されたにもかかわらず、それ以下の給与水準である相談支援専門員が適用除外されているのは適切ではないのではないかと。 ● 法人や企業内において、給与水準に差がないにもかかわらず、相談支援専門員が加算対象とならないことは、適切な人材の異動に影響を与えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 福祉・介護職員等特定処遇改善加算を一定以上の人員を配置している指定特定相談支援事業者にも適用し、相談支援専門員についても処遇改善の対象としてください。 ● 複数事業を展開している法人等において、同程度の経験年数の職員であるにもかかわらず、職種の違いから給与水準に差が出ることがないような仕組みに改正してください。
初回加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域のインフォーマルサービスと居宅支援のみのケースの場合、一般の事業所においては、他機関連携をしているにも拘らず、報酬の対象にならない場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 適切な時期から相談支援を開始することを重視し、インフォーマル調整も含めた初回加算のさらなる適切なあり方を検討してください。

令和6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) 計画相談支援・障害児相談支援(新規加算の創設)		
項目	課題	提案
視覚・聴覚言語障害者支援について	<ul style="list-style-type: none"> ● 意思疎通に相当の時間を要する対象者に計画相談支援等を実施する場合には、面接場面や事前準備、事後の確認等にかかる業務量が大きくなり、支援を実施できる利用者の数が制限される場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者、手話通訳等を行うことができる者を相談支援専門員として配置し適切な体制を確保している場合について評価する加算を創設してください。
矯正施設等からの対象者への支援加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 矯正施設等からの退所者への支援については、地域生活定着支援センター等との連携の上、地域での居住場所の確保、定着のためのサービス調整等に相当の配慮を要する。 ● 受け皿となる直接的な支援を行うサービス事業には一定の体制を整え矯正施設からの対象者を受け入れている場合に加算が設定されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 矯正施設等からの退所者に対して、社会福祉士等の専門職を配置し計画相談支援を実施した場合を評価する加算を創設してください。
通院への同行支援について	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害者が通院に際して自宅内での準備や移動時の支援については通院等介助が適用される。 ● 一方で、障害者が通院時に医師等に普段の様子を適切に伝えることが難しかったり、医師等からの指示を正確に理解したり記憶が難しい場合があり、相談支援専門員が通院に同行し支援を行うことがあるが、報酬上評価されない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害者の計画相談支援を担当する相談支援専門員が通院の同行をした場合を評価する加算を創設してください。

令和6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) 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）		
項目	課題	提案
措置入院患者への支援における連携の評価について	<ul style="list-style-type: none"> ● 任意入院と比べ、措置入院患者への地域移行にかかる支援を行うにあたっては、保健所等との連携など、業務量が多くなるが、それらについての評価が適切にされていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科病院に措置入院している患者の地域移行支援について、保健所等と連携して支援した場合には加算を創設してください。
矯正施設等からの対象者への支援加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 矯正施設等からの退所者への支援については、地域生活定着支援センター等との連携の上、地域での居住場所の確保、定着のためのサービス調整等に相当の配慮を要する。 ● 受け皿となる直接的な支援を行うサービス事業には一定の体制を整え矯正施設からの対象者を受け入れている場合に加算が設定されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 矯正施設等からの退所者に対して、社会福祉士等の専門職を配置し計画相談支援を実施した場合を評価する加算を創設してください。

令和6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）

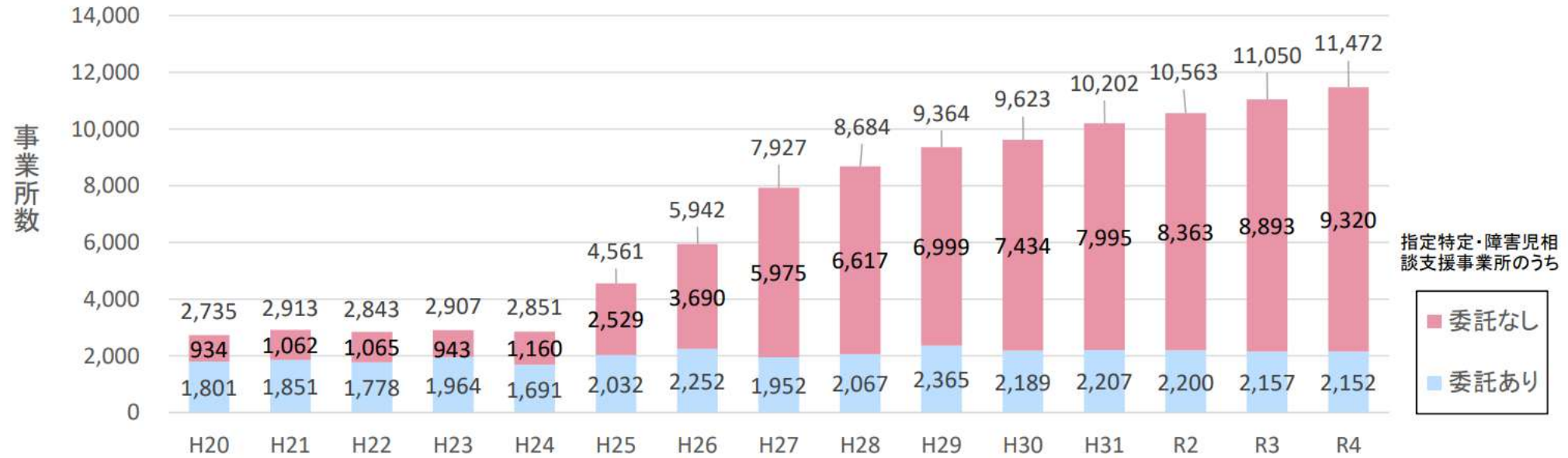
(3) 自立生活援助		
項目	課題	提案
初回加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回加算について現行では初月のみの算定となっているが、障害福祉サービスの利用が初めての方についてはアセスメント期間が初月だけでは不足しているのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回加算については初月だけではなく、最低でも3ヶ月間は算定できるように見直しをしてください。
矯正施設等からの対象者への支援加算について	<ul style="list-style-type: none"> ● 矯正施設等からの退所者への支援については、地域生活定着支援センター等との連携の上、地域での居住場所の確保、定着のためのサービス調整等に相当の配慮を要する。 ● 受け皿となる直接的な支援を行うサービス事業には一定の体制を整え矯正施設からの対象者を受け入れている場合に加算が設定されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 矯正施設等からの退所者に対して、社会福祉士等の専門職を配置し計画相談支援を実施した場合を評価する加算を創設してください。

障害福祉サービス等報酬改定 検討チーム ヒアリング

根拠資料

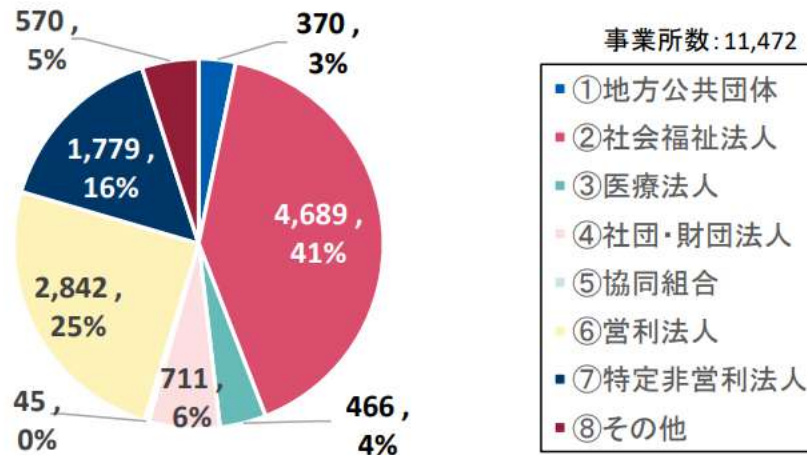
柱1 関連

指定特定・指定障害児相談支援事業所数(経年比較)

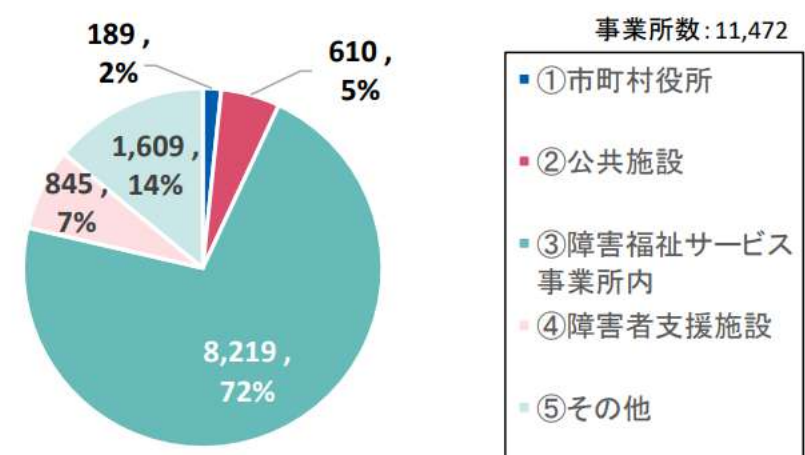


※平成23年4月1日以前の設置状況は、地域自立支援協議会の設置状況。
※平成23年4月1日の設置状況は、被災3県を除くデータ。

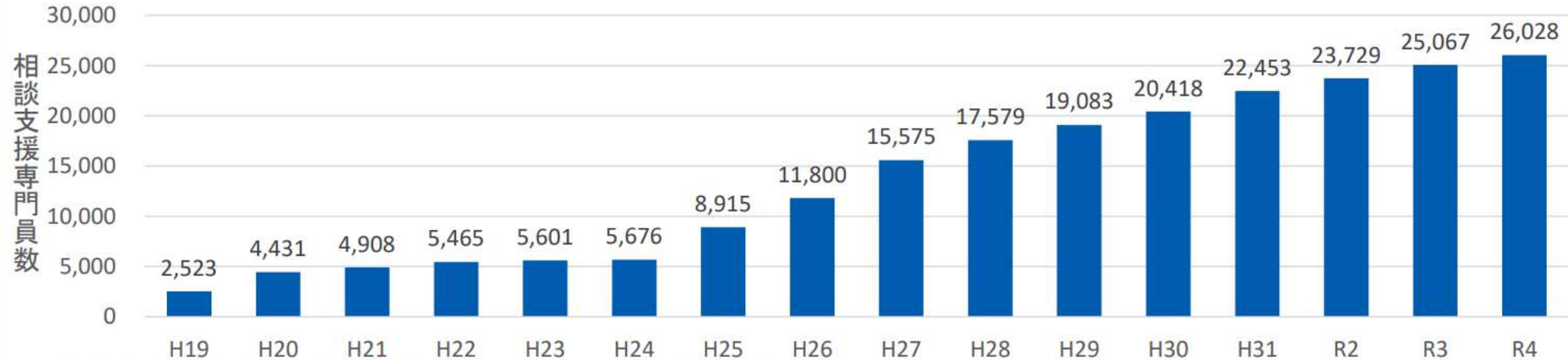
指定特定・指定障害児相談支援事業所の運営主体



指定特定・指定障害児相談支援事業所の窓口の設置場所



指定特定・指定障害児相談支援事業所に配置されている相談支援専門員の人数(経年比較)

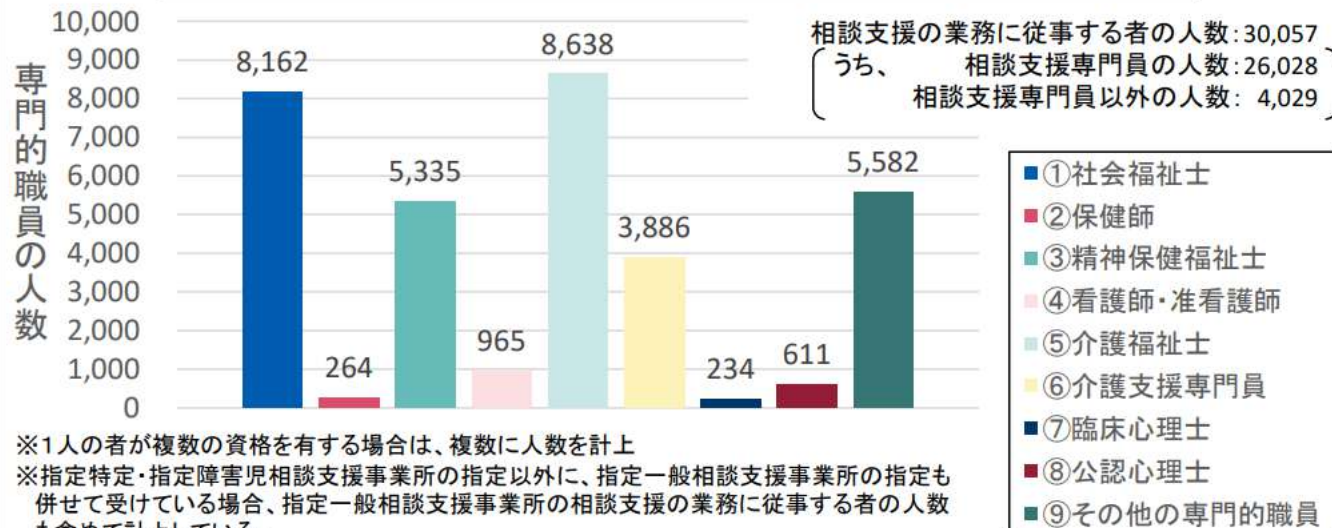


※平成23年度以前のデータは、指定相談支援事業所に配置されている相談支援専門員の人数。

※平成23年4月1日の相談支援専門員の人数は、被災3県を除くデータ。

※指定特定・指定障害児相談支援事業所の指定以外に、指定一般相談支援事業所の指定も併せて受けている場合、指定一般相談支援事業所の相談支援の業務に従事する相談支援専門員の人数も含めて計上している。

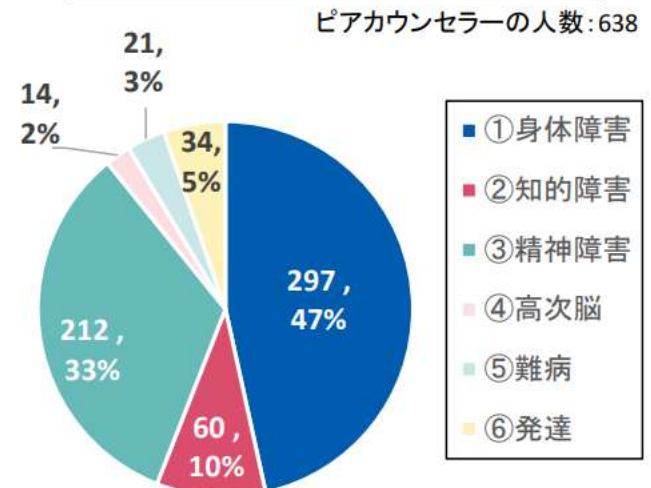
指定特定・指定障害児相談支援事業所に配置されている専門的職員の人数

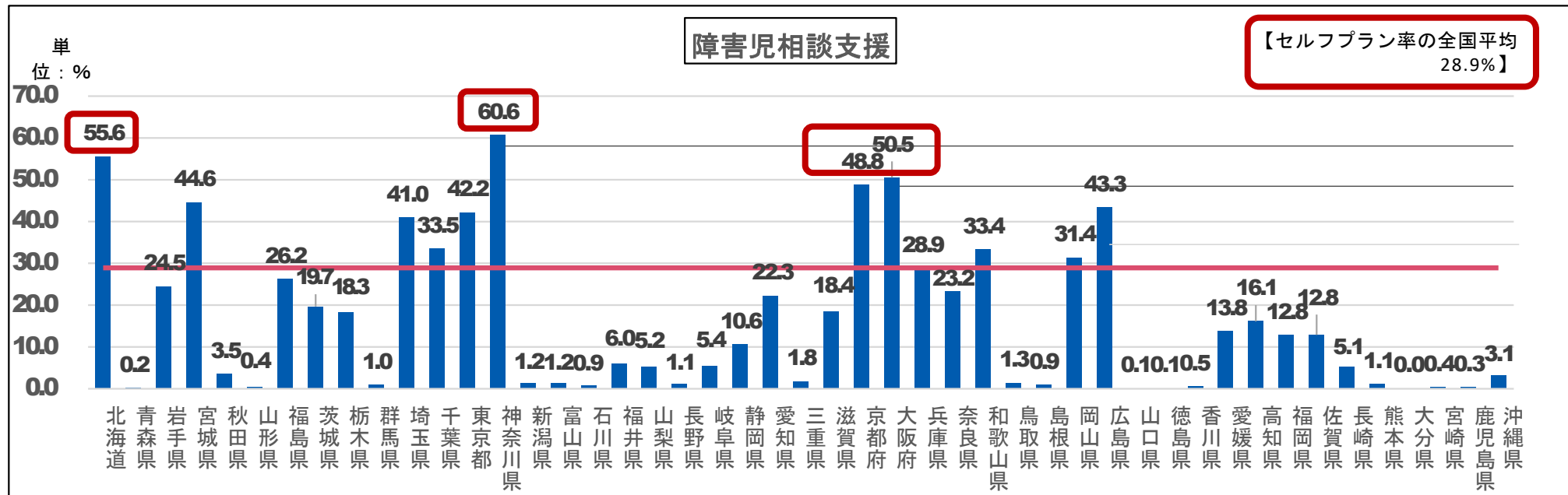
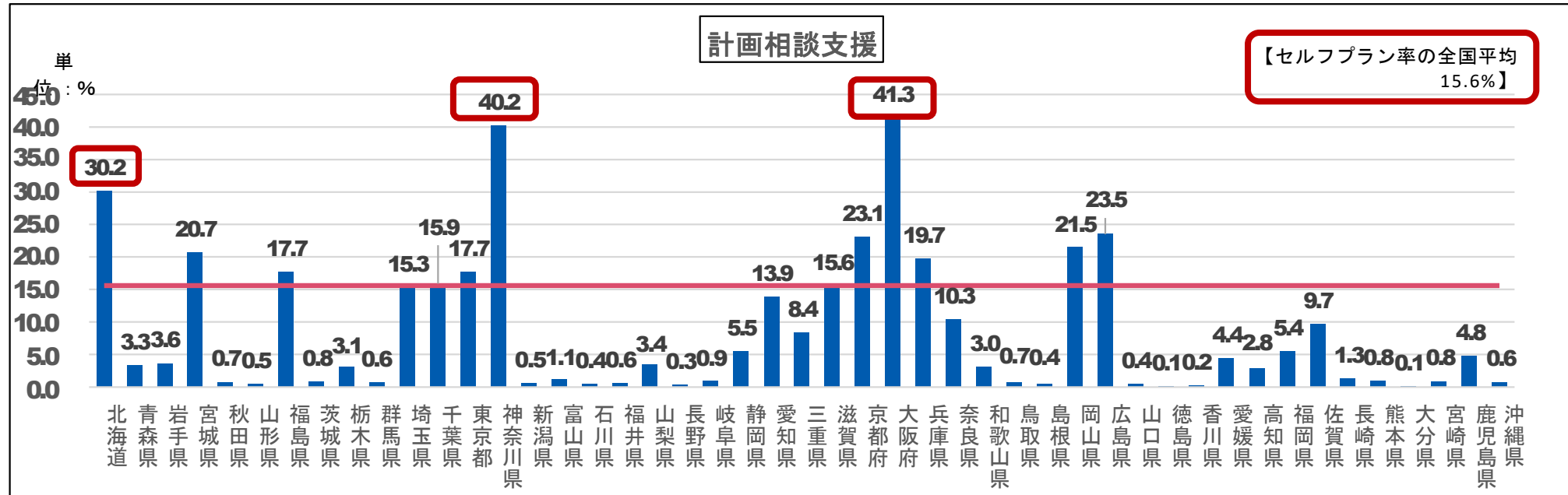


※1人の者が複数の資格を有する場合は、複数に人数を計上

※指定特定・指定障害児相談支援事業所の指定以外に、指定一般相談支援事業所の指定も併せて受けている場合、指定一般相談支援事業所の相談支援の業務に従事する者の人数も含めて計上している。

指定特定・指定障害児相談支援事業所に配置されているピアカウンセラーの人数

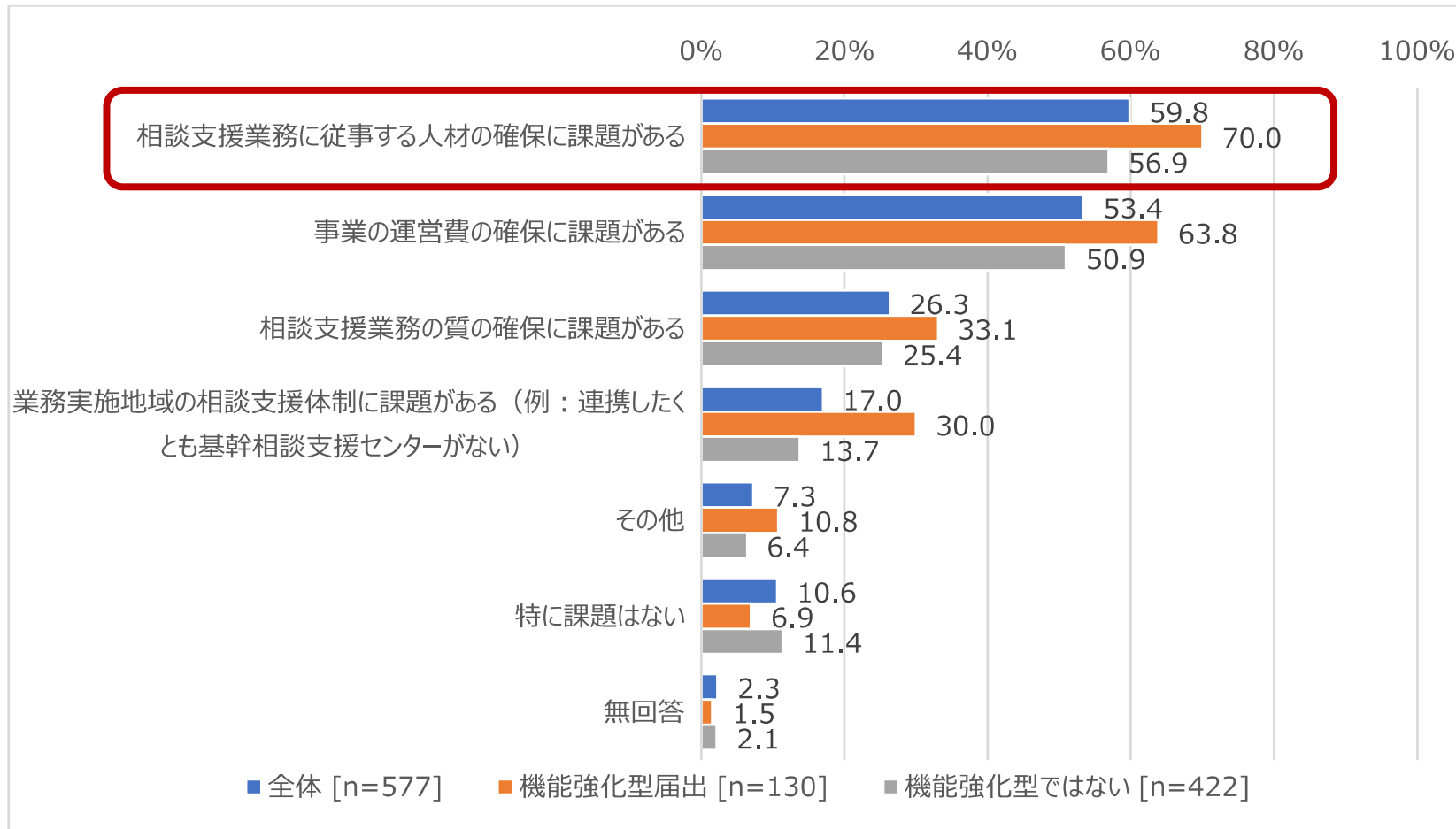




⑥事業実施にあたっての課題

事業実施にあたっての課題は、「相談支援業務に従事する人材の確保に課題がある」が59.8%、「事業の運営費の確保に課題がある」が53.4%等となっている。

図表 545 ②事業実施にあたっての課題〔複数回答〕



柱2関連

図表 V-4-14 相談支援専門員の人数（事業所分類別）

		相談支援専門員数(主任含む)											合計	平均
		1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	不明		
事業所分類	基幹＋委託＋指定	11 6.2%	17 9.6%	38 21.5%	27 15.3%	28 15.8%	23 13.0%	9 5.1%	8 4.5%	3 1.7%	8 4.5%	5 2.8%	177 100.0%	4.6
	基幹＋委託	2 7.1%	9 32.1%	4 14.3%	6 21.4%	4 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 10.7%	28 100.0%	3.0
	基幹＋指定	3 6.0%	9 18.0%	4 8.0%	8 16.0%	8 16.0%	5 10.0%	3 6.0%	2 4.0%	1 2.0%	5 10.0%	2 4.0%	50 100.0%	4.9
	基幹のみ	17 20.0%	16 18.8%	11 12.9%	9 10.6%	4 4.7%	0 0.0%	1 1.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.2%	26 30.6%	85 100.0%	2.6
	委託＋指定	97 14.1%	181 26.2%	169 24.5%	113 16.4%	46 6.7%	28 4.1%	12 1.7%	9 1.3%	1 0.1%	4 0.6%	30 4.3%	690 100.0%	3.1
	委託のみ	8 19.0%	13 31.0%	5 11.9%	5 11.9%	3 7.1%	2 4.8%	1 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 11.9%	42 100.0%	2.8
	指定のみ	154 36.8%	133 31.8%	50 12.0%	34 8.1%	14 3.3%	1 0.2%	8 1.9%	2 0.5%	2 0.5%	2 0.5%	18 4.3%	418 100.0%	2.2
	不明	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%	4 100.0%	-
合計		292 19.5%	378 25.3%	281 18.8%	202 13.5%	107 7.2%	59 3.9%	34 2.3%	21 1.4%	7 0.5%	20 1.3%	93 6.2%	1,494 100.0%	3.1

全体の約7割が1～2人事業所体制

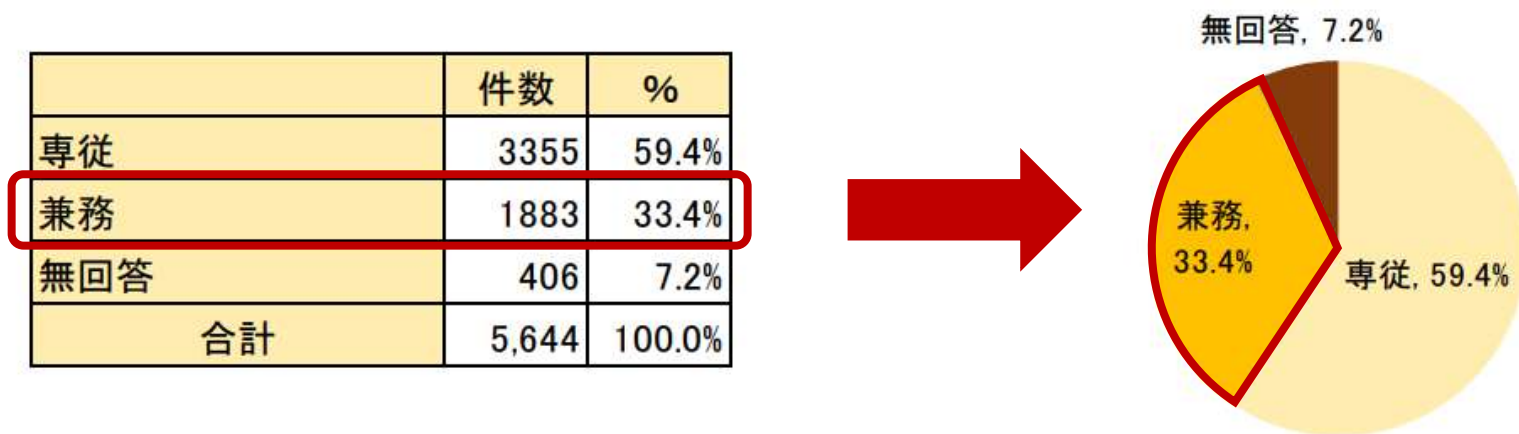
出典

一般社団法人北海道総合研究調査会(令和4年3月)「相談支援事業所及びその従業者の業務実態把握及び相談支援事業の在り方を検討する調査研究報告書」厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業

④専従兼務

職員の専従兼務の状況については、「専従」が59.4%、「兼務」が33.4%であった。

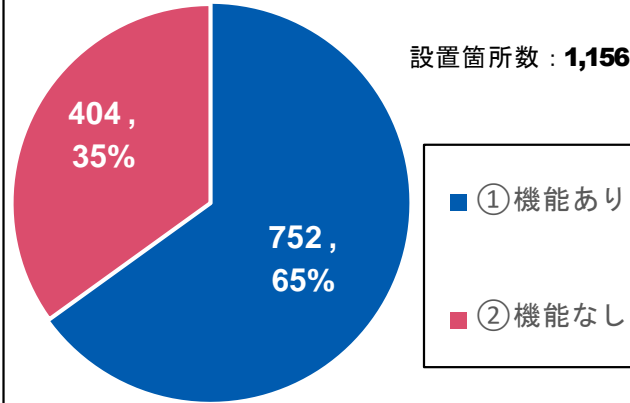
図表V-2-21 専従兼務



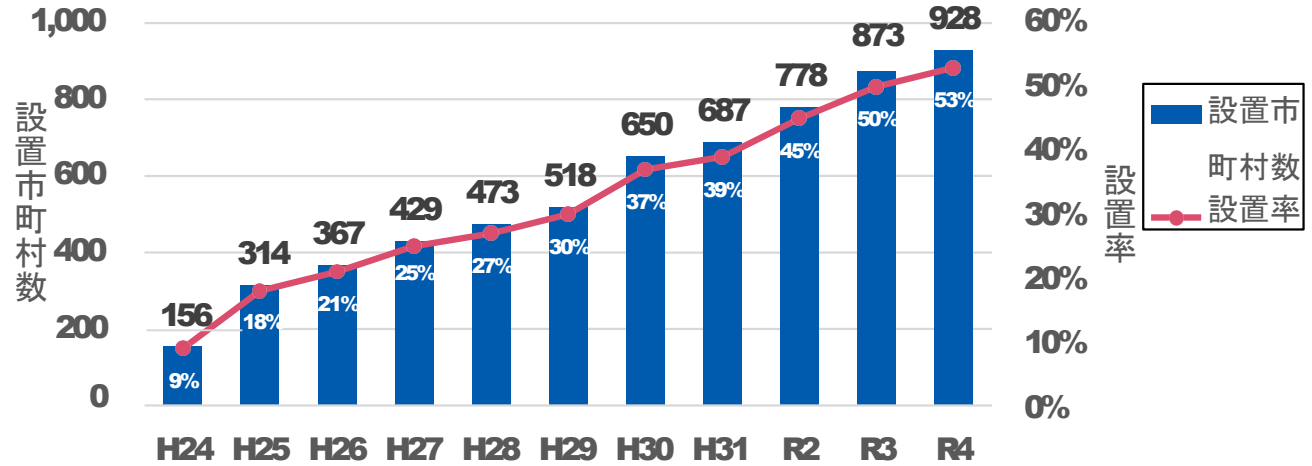
出典

一般社団法人北海道総合研究調査会(令和4年3月)「相談支援事業所及びその従業者の業務実態把握及び相談支援事業の在り方を検討する調査研究報告書」厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業

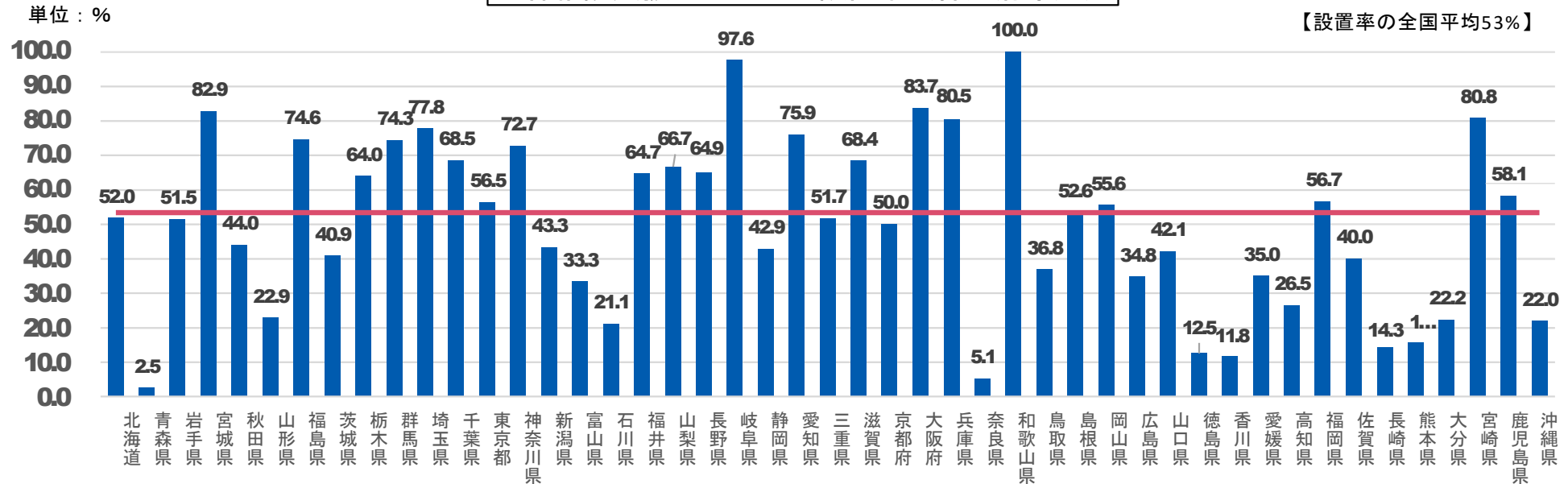
地域生活支援拠点等としての機能を有する基幹相談支援センター



基幹相談支援センターの設置状況（経年比較）



基幹相談支援センターの設置率（都道府県別）



図表 V-2-26 基幹相談支援センターの平均
委託料（委託相談の受託ありの場合）

※基幹相談支援センターと委託相談の両方を受託して
いる場合で、両方の委託料（予定）を足した額

		カ所	委託料(千円)
全体		400	26,326
人口規模別	1万人未満	18	8,125
	1万人以上5万人未満	90	12,321
	5万人以上10万人未満	67	22,276
	10万人以上30万人未満	66	25,495
	30万人以上	159	38,364
職員体制	1人	21	8,933
	2人～3人	114	15,191
	4人～5人	118	27,477
	6人～9人	117	34,937
	10人以上	27	44,172

図表 V-2-27 基幹相談支援センターの平均
委託料（基幹のみの場合）

※基幹相談支援センターのみの委託料（予定）

		カ所	委託料(千円)
全体		118	18,305
人口規模別	1万人未満	10	7,546
	1万人以上5万人未満	27	11,138
	5万人以上10万人未満	23	13,410
	10万人以上30万人未満	35	25,901
	30万人以上	23	24,734
職員体制	1人	10	5,629
	2人～3人	49	11,250
	4人～5人	31	23,332
	6人～9人	22	26,689
	10人以上	3	59,698

※「障害者相談支援事業の実施状況等調査（R2.4.1）」（厚生労働省）データより

出典

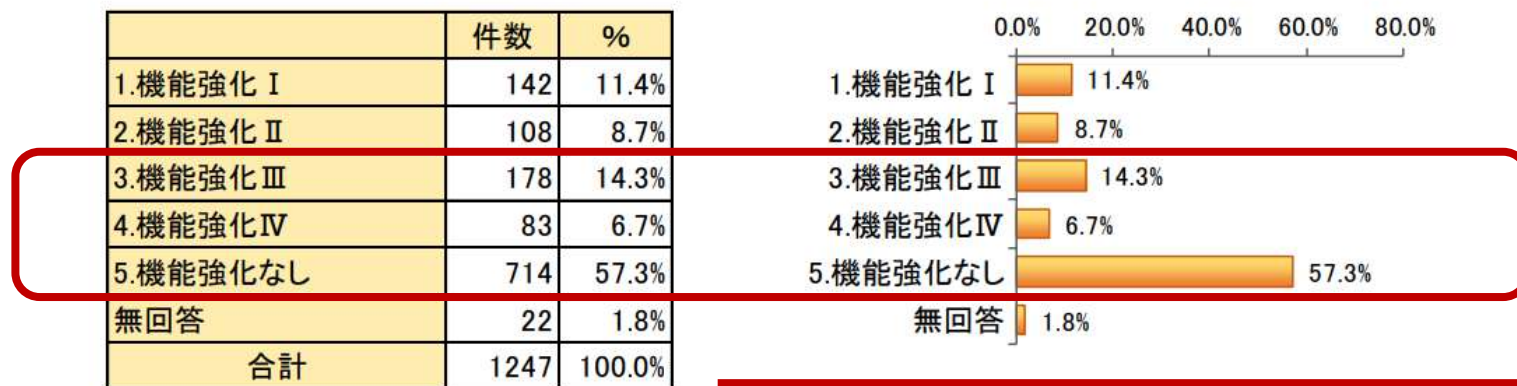
一般社団法人北海道総合研究調査会(令和4年3月)「相談支援事業所及びその従業者の業務実態把握及び相談支援事業の在り方を検討する調査研究報告書」厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業

②機能強化段階別基本報酬（令和3年度創設）

指定特定相談支援事業・指定障害児相談支援事業を実施している事業所に機能強化段階別基本報酬（令和3年度創設）について聞いたところ、「5.機能強化なし」の割合が57.3%と最も高く、「3.機能強化Ⅲ」が14.3%、「1.機能強化Ⅰ」が11.4%、「2.機能強化Ⅱ」が8.7%、「4.機能強化Ⅳ」が6.7%であった。

また、機能強化Ⅰ～Ⅳに該当する事業所428件のうち複数事業所の協働による体制の確保「あり」との回答は49件（11.4%）であり、その内容としては「人員体制の確保」が15件（30.6%）、「24時間の連絡体制の確保」が28件（57.1%）であった（資料編 p131 参照）。

図表 V-2-4 機能強化段階別基本報酬

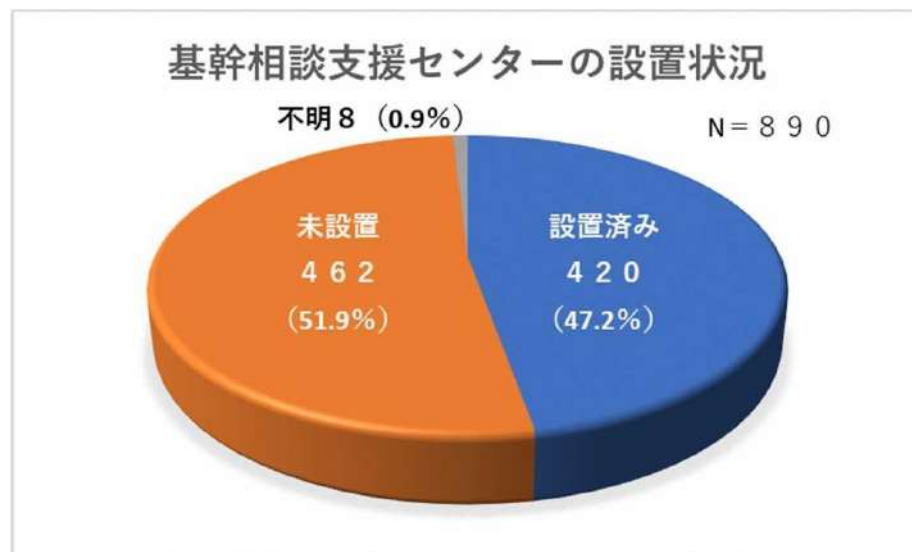


全体の78.3%が1～2人事業所体制と推測される

出典

一般社団法人北海道総合研究調査会(令和4年3月)「相談支援事業所及びその従業者の業務実態把握及び相談支援事業の在り方を検討する調査研究報告書」厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業

人口規模別にみた基幹相談支援センターの設置状況



人口規模		センターの 設置あり	センターの 設置なし	不明	合計
1万人未満	件数	84	130	2	216
	割合	38.9%	60.2%	0.9%	100.0%
1万人以上～ 5万人未満	件数	144	207	4	355
	割合	40.6%	58.3%	1.1%	100.0%
5万人以上～ 10万人未満	件数	67	81	1	149
	割合	45.0%	54.4%	0.7%	100.0%
10万人以上～ 20万人未満	件数	63	26	1	90
	割合	70.0%	28.9%	1.1%	100.0%
20万人以上～ 50万人未満	件数	46	13	0	59
	割合	78.0%	22.0%	0.0%	100.0%
50万人以上	件数	16	5	0	21
	割合	76.2%	23.8%	0.0%	100.0%
合計	件数	420	462	8	890
	割合	47.2%	51.9%	0.9%	100.0%

出典

一般社団法人北海道総合研究調査会(令和3年3月)「地域における重層的な相談支援体制整備に関する実態調査」
厚生労働省 令和2年度障害者総合福祉推進事業

モニタリング検証の周知に向けて ～概要版作成や基幹相談支援センター研修の実施～

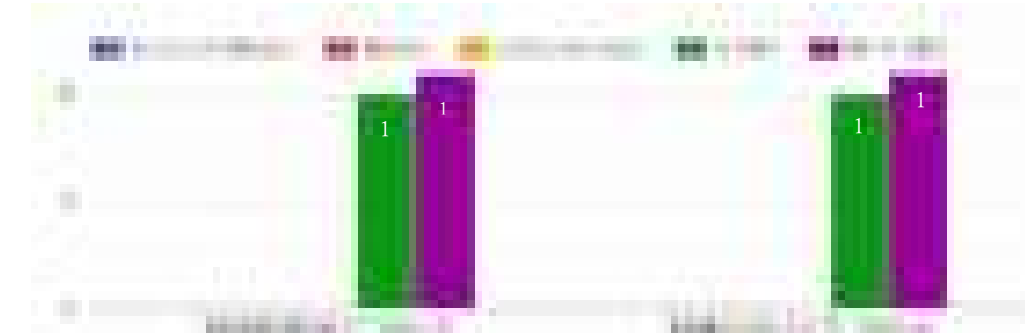


日本相談支援専門員協会として2022年度全国基幹型相談支援センター強化研修会でモニタリング検証の重要性の確認や先行事例の紹介などを行うとともに、理解促進のための啓発活動などを実施している。

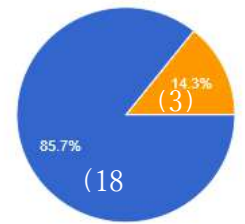
1 協働型実施による効果

—事業所レベル—

n=21

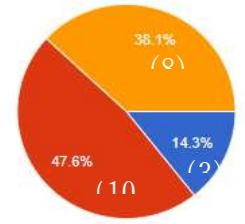


収支の改善について



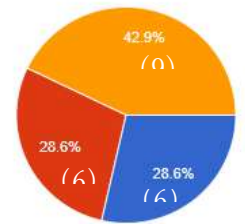
- 改善された
- 協働型で機能強化型となったが、改善されていない(変わらない)
- すでに機能強化であるため、報酬上のメリットはない

相談員のスキルアップにつなが



- 増員できた
- 検討している
- 増員の予定はない

連携の強化につながった



- 増額された
- 検討している
- 増額の予定はない

協働型を推進する上でのハードル

ハードル	未設置 n=219
①制度理解	36 % (78)
②地域生活支援拠点等の整備	58 % (127)
③自所属法人・事業所の理解	44 % (97)
④他法人・事業所の理解	41 % (89)
⑤行政の理解	28 % (61)
⑥24 時間体制の確保	70 % (154)
⑦事例検討や会議への参加	19 % (42)
⑧配置職員の確保・定着 (常勤職員)	69 % (152)
⑨報酬上のメリットがない(すでに機能強化)	18 % (40)

※数値(%)は「とてもハードルが高かった」「ハードルが高かった」の合計

⑨の「報酬上のメリットがない」については、機能強化型の分類を特定できないため、分母(n)には多数の機能強化型以外が含まれていると想定される。それを除くとかなり高い割合でハードルとなっている可能性がある。

出典

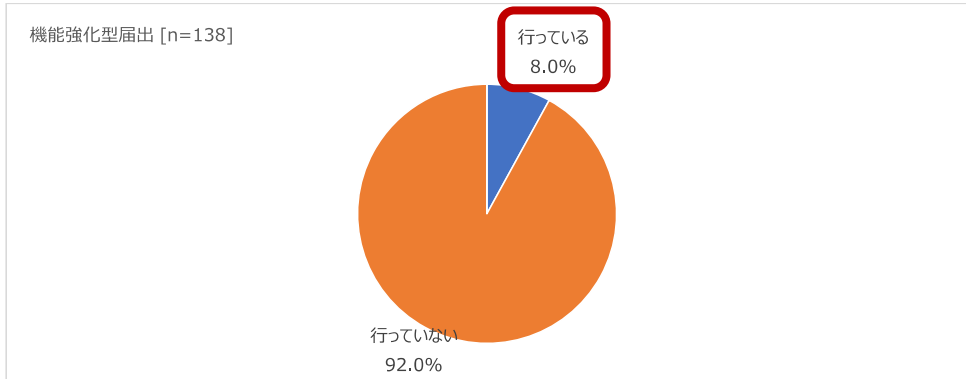
日本相談支援専門員協会 政策委員会(令和5年6月)

「複数事業所の協働による運営(機能強化型)の効果検証」アンケート結果報告書より

⑩複数事業所の協働による体制の確保の状況

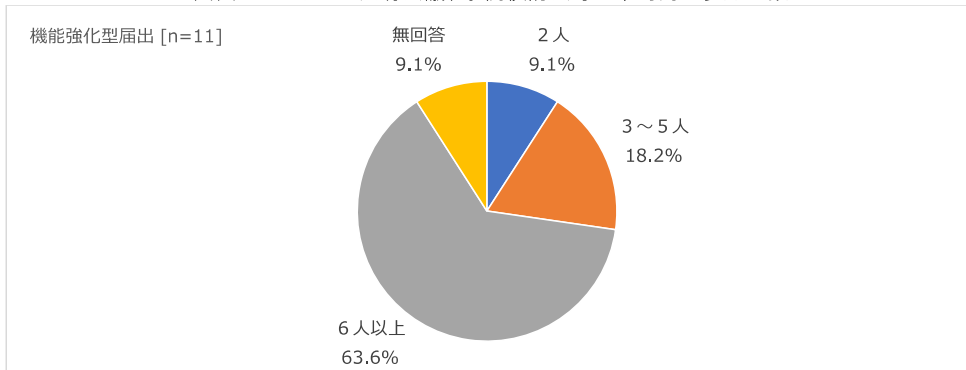
機能強化型サービス利用支援費の算定における複数事業所の協働による体制の確保について聞いたところ、「行っていない」が92.0%、「行っている」が8.0%となっている。

図表 562 機能強化型サービス利用支援費の算定における複数事業所の協働による体制の確保の有無



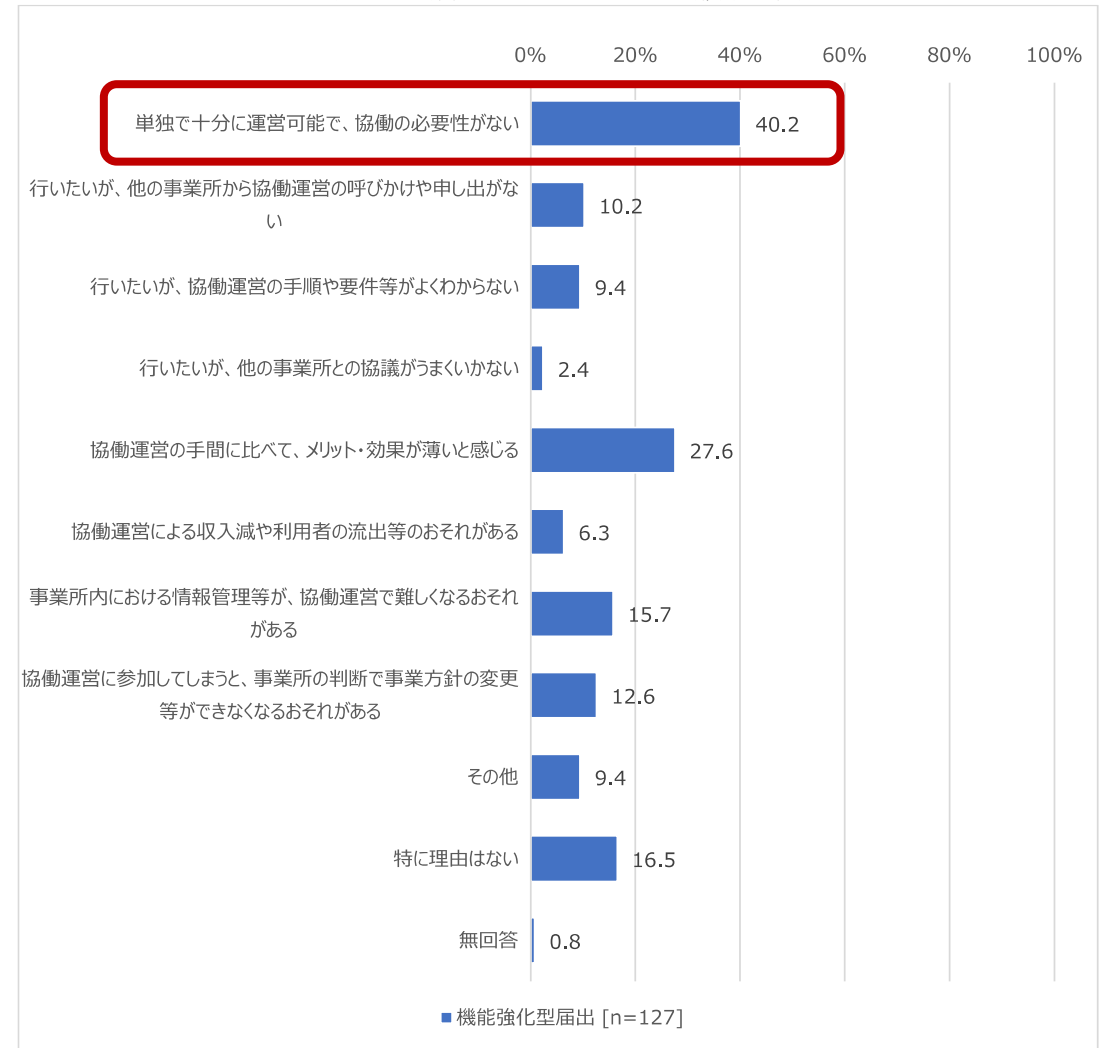
協働運営を行っている事業所に、協働体制を構成する事業所数を聞いたところ、平均で4.3事業所、また、各事業所の職員が参加するケース共有会議、事例検討会等の開催頻度は、平均で3.8回/月となっている。ケース共有会議、事例検討会等の平均的な参加人数は、「6人以上」が63.6%となっている。

図表 563 ケース共有会議、事例検討会等の平均的な参加人数



協働運営を行っていない事業所に、協働運営を行わない理由を聞いたところ、「単独で十分に運営可能で、協働の必要性がない」が40.2%、「協働運営の手に比べて、メリット・効果が薄いと感じる」が27.6%等となっている。

図表 565 協働運営を行わない理由〔複数回答〕



令和4年度 専門コース別研修実施予定状況一覧

1.障害児支援	16ヶ所	6.意思決定支援	23ヶ所
2.権利擁護・成年後見制度	4ヶ所	7.就労支援	4ヶ所
3.地域移行・定着、触法	8ヶ所	8.介護支援専門員との連携	3ヶ所
4.セルフマネジメント	3ヶ所	9.標準カリキュラム以外	12ヶ所
5.スーパービジョン・管理・面接技術	10ヶ所	注)実施が未定の都道府県は含まず	

障害児通所支援の基本的な考え方

こどもの権利を社会全体で守る

こどもと家族のウェルビーイングの向上

インクルージョンの推進

障害児支援を進めるにあたって、行政、事業所、関係機関等の全ての関係者は、以下の基本的な考え方をもって進めていくべきである。

- こどもの意見表明の確保、発達、人権及び基本的自由の保障がなされることで、こどもの最善の利益を社会全体で守っていく環境づくりを進める。
- こどもや保護者が内面的に持つ力を発揮できるよう、エンパワメントの視点を持ち、こどもと家族のウェルビーイングの向上につながるよう取り組んでいくことが必要。
- 障害の有無にかかわらず、こどもが様々な遊びなどの機会を通じて共に過ごし、学び合い、成長していくことが重要。こどもの育ちと個別のニーズを共に保障した上で、インクルージョン推進の観点を常に念頭に、こどもや家族の支援にあたっていくこと。

1. 児童発達支援センターを中心とした地域の障害児通所支援の体制整備

児童発達支援センターの中核機能

① 幅広い高度な専門性に基づく
発達支援・家族支援機能

② 地域の障害児通所支援事業所に対する
スーパーバイス・コンサルテーション機能

③ 地域のインクルージョン推進の中核機能

④ 地域の発達支援に関する入口
としての相談機能

4つの中核機能全てを十分に備えるセンターを、中核拠点型として整備を推進していく方向で検討。

福祉型・医療型の一元化後の方向性

一元化後は、保育士・児童指導員を手厚く配置する等の方向で検討。また、福祉型の3類型（障害児、主に難聴児、主に重症心身障害児）についても、一元化した上で、障害特性に応じた支援を行った場合に、必要な評価を行う方向で検討。

2. 児童発達支援・放課後等デイサービス

- 各ガイドラインに定めるそれぞれの役割に加え、5領域（※）等、全ての視点を含めた総合的な支援が提供されることを基本とすべき。
- 総合的な支援を行い、その上でこどもの状態に合わせた特定の領域への専門的な支援（理学療法等）を重点的に行う支援が考えられる。その際には、アセスメントを踏まえ、必要性を丁寧に判断し、障害児支援利用計画等に位置づける等、計画的に実施されることが必要。

（※）「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」

強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書～概要①～

1. 支援人材のさらなる専門性の向上

- 強度行動障害の障害特性を正しく理解し、根拠のある標準的な支援※をチームで行うことを基本として、予防的な観点も含めて人材育成を進めることが重要。
※標準的な支援とは個々の障害特性をアセスメントし、強度行動障害を引き起こしている環境要因を調整する支援
- 標準的な支援を踏まえて適切な支援を実施し、組織の中で適切な指導助言ができる現場支援で中心となる中核的人材(仮称)の育成※が必要。
【求められるスキル】・自閉スペクトラム症の特性・学習スタイルを説明できる・構造化の意味を説明できる・機能的アセスメントが実施できる
・家族の不安等を理解し共感に基づく信頼関係が構築できる・特性を活かした支援を提案できる 等
※強度行動障害を有する者の支援に取り組む各事業所に配置される想定で育成
- 困難事例について中核的人材等に対して指導助言が可能な、高度な専門性により地域を支援する広域的支援人材(仮称)※の育成が必要。
【求められるスキル】・地域の事業所を支え対応力を強化する・地域の支援体制づくりを牽引する・支援マネジメント、組織マネジメント 等
※地域の強度行動障害を有する者の人数等の地域実態を踏まえて、都道府県等の広域で必要数を想定して育成
- 地域における支援者が互いに支え合い連携して支援を行うことや、率直な意見交換や情報共有等の取組を進めるため、人材ネットワークの構築が必要。

2. 支援ニーズの把握と相談支援やサービス等に係る調整機能の在り方

- 市町村は、本人とその家族の支援ニーズを適切に把握して支援につないでいくこと、(自立支援)協議会の場を活用しながら地域の支援体制の整備を進めていくことが重要。その際、支援につながない本人、家族を把握、フォローしていくことが重要。
- 相談支援事業所、基幹相談支援センター、発達障害者支援センター等の相談支援機関が、それぞれの役割や強みを活かしながら、相談支援やサービス等に係る調整を行っていくことが重要。
・相談支援事業所…支援のコーディネート・マネジメント
・基幹相談支援センター…地域の相談支援事業所への後方支援(対応が難しい事案の対応)
・発達障害者支援センター…基幹相談支援センターや相談支援事業所に対して個別事案への対応も含めて助言等により支援

3. 日常的な支援体制の整備と支援や受入の拡充方策

- 通所系サービス(主に生活介護)、短期入所、訪問系サービスが地域で安定的に提供されるよう体制の整備を進めていくことが重要。
※強度行動障害の状態によって、通所系サービスに通えない状況となった場合、必要な期間において、行動援護や重度訪問介護、重度障害者等包括支援による個別支援の活用が有効。
- 強度行動障害を有する者の居住の場として、グループホームにおける受入れの体制整備を進めていくことが必要。
【利点】・少人数の生活であり生活環境や支援内容を個別化しやすい・一人一人の特性に合わせやすい・通所系サービスや行動援護を利用して個別の外出ができる 等
【課題】・少ないスタッフで支援するため、行動障害の状態が悪化した場合に応援体制が取りにくい・心理面も含めたスタッフの負担が大きい 等
- 障害者支援施設では、地域移行に向けた取組を進めつつ、標準的な支援や建物・設備環境を含めた支援力を一層向上させることが必要。
【期待】地域の支援体制の中で、行動障害の状態が悪化した者を集中的に支援する必要がある場合の受入れや、緊急の短期入所 等
【課題】それぞれの障害特性に見合った環境を提供することが難しい場合がある 等
- 本人、家族が地域で安心して生活できるよう、市町村は地域生活支援拠点等の整備と緊急時対応や地域移行等の機能の充実に取り組む※ことが重要。
※日頃からの支援ニーズの把握が必要。また、入所施設や居住系事業所だけでなく、支援に慣れた職員がいる通所系事業所等の活用も進めていく必要。
- 障害支援区分認定調査における行動関連項目の評価が適切に行われるよう、認定調査員の強度行動障害に関する理解の促進を図ることが重要。
- 行動関連項目の合計点が非常に高い者等、支援が困難な状態像の者がサービスの受入れにつながない状況も踏まえ、受入拡大や支援の充実の観点から、より高い段階を設定して、報酬面に反映していくことが必要。

強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書～概要②～

4. 状態が悪化した者に対する「集中的支援」の在り方

- 強度行動障害を有する者が状態の悪化により在宅やグループホームにおいて生活が難しくなった場合には、**障害特性や行動の要因分析等の適切なアセスメントを行い有効な支援方法を整理した上で環境調整を集中的に実施し、状態の安定を図る「集中的支援」の取組**を進めることが必要。
※市町村が主体となり、（自立支援）協議会等を活用して地域全体で本人や家族、事業所を支え、状態の安定につなげていくことが重要
集中的支援の実施にあたっては、本人、家族に対し十分に説明を行い、同意を得ることや、一定の期間を設定し地域で支えていく体制が重要
- 集中的支援の具体的な方策としては、以下のようなものが考えられる。
 - ①**広域的支援人材が事業所等を集中的に訪問等してコンサルテーションを実施**※、適切なアセスメントと有効な支援方法の整理を共に行い環境調整を進めていく方策
※広域的支援人材の派遣に対してインセンティブ等を設定し、人材を派遣することに積極的に協力してもらうための工夫が必要
 - ②**グループホームや施設入所、短期入所を活用して、一時的に環境を変えた上で、適切なアセスメントを行い、有効な支援方法を整理した上で元の住まいや新たな住まいに移行する**※方策
※在宅の場合や、グループホーム等に入居したまま対応することが困難な場合等を想定。集中的支援後の移行先の確保が課題であり、送り出した事業所が集中的支援後の受入体制整備のための広域的支援人材によるコンサルテーションを受けることを条件として設定する等、地域の中で受入先を確保する仕組みを構築しておくことが必要
- 集中的支援については、支援ニーズや専門性のある人材の実情を踏まえれば、**各都道府県・指定都市や圏域単位といった広域で実施体制を整備**※していくことを基本とすることが考えられる。この場合であっても、各市町村における地域の支援体制と連動させて、全ての地域を漏れなく支援できるよう、体制を構築することが必要。
※一旦状態が改善しても、周囲の環境の変化の中で再度状態が悪化することもある。地域の中で市町村が中心となって継続的にフォローする体制を整備することが必要

5. こども期からの予防的支援・教育との連携

- 幼児期からの個々のこどもの特性と家族の状況に応じた適切な関わりが、将来の強度行動障害の状態の予防につながると考えられる。**幼児期からこどもの強度行動障害のリスクを把握し、家族を含めてライフステージを通して地域生活を支えていく体制づくり**が必要。
- 幼児期・学童期・思春期の支援にあたっては、**福祉と教育が知的障害と発達障害の特性に応じて一貫した支援を連携**して行い、障害特性のアセスメントや環境の調整に取り組むなど、**行動上の課題を誘発させない支援を提供**していくことが必要。
- 在宅の強度行動障害を有する児を支援するため、**専門性を有する人材が、家庭や事業所、学校、医療機関等を訪問して調整**を行ったり、複数の事業者の定期的な連携会議に参加して情報共有する等、**ライフステージや関係機関の支援を隙間のないような形でつないでいく取組**を進めることも重要。

6. 医療との連携体制の構築

- 強度行動障害の状態の背景にある疾患や障害を医療により完全に治すことは難しく、**医療の充実と併せて、福祉や教育と連携した支援を進める**ことが必要。
- 精神科病院への入院については、移行先を見据えた介入を行い、**入院中から福祉との連携を行う**ことが重要。また、入院の長期化を防止する観点からも、**精神科医療における標準的支援の実践**を進めていくことが重要。
- 強度行動障害を有する者が身体疾患の治療を受けられる体制づくりを進めていくことが必要であり、**治療に係る負担も踏まえた報酬上の評価について検討**を進めることが必要。また、**日頃から福祉と医療の相互の連携を強化**していくことが重要。

近年の検討会における市町村相談支援体制の構築に関する指摘①

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（令和3年3月18日）

課題

- ・ 精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが困りごと等を抱えた際に相談しやすい地域づくりをしていくことが求められている。
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を更に推進するためには、その実施主体（責任の主体）及び精神保健医療福祉に携わる機関の役割の明確化、重層的な連携による支援体制の構築の更なる推進に関する検討が必要である。

対応の方向性

【体制整備の推進】

- ・ 市町村においては精神障害を有する方等や**地域住民の身近な窓口として、地域精神保健の活動としての相談指導等の充実**を図る。
- ・ 市町村において、福祉だけではなく、精神保健も含めた相談指導等に取り組むことが重要であることから、**市町村における精神保健に関わる業務の制度上の位置付けを見直し、積極的に担える環境整備を行うべき**である。

【担い手の確保・資質向上】

- ・ 精神保健相談に対応できる人材の確保が必要。具体的には、関係機関と連携しながら精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への**相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材**や、地域課題の抽出及び課題の解決に向けて、**協議の場で関係者と協働できる人材**の育成が求められている。
- ・ 介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、労働、住宅等、**市町村の行う各相談業務あたる職員に対する精神疾患や精神障害に関する知識や対応力の向上を図る研修も必要**である。

近年の検討会における市町村相談支援体制の構築に関する指摘②

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（令和4年6月9日）

課題

- ・ 地域保健活動は、母子保健や生活習慣病重症化予防等の法的根拠のある領域が優先され、市町村における精神保健に関する相談支援体制は、専門職（保健師、精神保健福祉士等）の配置が十分でない等、一般的に脆弱な状況にあり、精神保健上の課題に対する包括的・継続的な支援の実現が困難となっている。

対応の方向性

【体制整備の推進】

- ・ 市町村における精神保健に関する相談支援の体制整備を進めていくべきである。
- ・ 国及び都道府県の責務として、市町村に対し、必要な助言、情報の提供、その他の援助を行わなければならないこととするべきである。
- ・ 関係機関・団体、当事者等で構成される協議会を活用し、地域の支援のあり方について協議を進めるべきである。

【担い手の確保・資質向上】

- ・ 担い手の確保・資質向上が不可欠となるため、現在「配置が任意」とされている**精神保健福祉相談員**について、その配置状況を把握し、課題を分析した上で、配置を促進する方策を検討するべきである（※）。
※その前提として、国において、以下の通り、**精神保健福祉相談員の研修を受講しやすくするための見直し**を行うべきである。現在、**保健師を対象に204時間のカリキュラムが定められているが、対象職種やカリキュラムの見直しを行う。受講方法の見直しを行う（オンラインでの受講を認める等）**。
- ・ 市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないように、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により、精神保健医療福祉上のニーズを有する方のニーズや地域課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要であり、そのための人員体制を含む体制整備が求められる。

4. 支援センター業務の具体的な内容等

(1) 医療的ケア児等からの相談への助言等(法第14条第1項第1号)

支援センター等は、上記のとおり、どこに相談すれば良いか分からない状況にある医療的ケア児等からの様々な相談について、まずしっかりと受け止めた上で、関係機関と連携して総合的に対応することが期待される。具体的には、相談内容に応じて、地域において活用可能な社会資源(施策)等の情報を提供しつつ、適切な関係機関を紹介するほか、関係機関等のうち複数の機関との調整を要するような相談内容については、(3)に記載する、関係機関等への連絡・調整を行い、切れ目のない相談・援助に努める。

なお、関係機関等としては、具体的に以下のような機関が想定される(以下はあくまで例示であり、個々の相談内容に応じてこれら以外の機関や市町村とも調整を行う必要がある点に留意すること)。

- ・ 医療: 地域において医療的ケア児への対応に中核的な役割を担っている病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション 等
- ・ 保健: 保健所、保健センター 等
- ・ 福祉: 相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、児童発達支援センター、その他の障害児通所支援事業所、保育所 等
- ・ 教育: 教育委員会、小学校、中学校、高校、特別支援学校 等
- ・ 労働: ハローワーク、障害者就業・生活支援センター 等

こうした相談者に対する的確な情報提供や、関係機関等との適切な連携を行っていくため、支援センターを設置したら、速やかに、(都道府県と協力しつつ)①広報誌等を活用した支援センター設置の広報、②管内の医療的ケア児に係る社会資源(施策)等の情報収集、③関係機関等との顔合わせ等を進めていくことが必要と考えられる。

<参考>

医療的ケア児及びその家族に対する支援等の関係機関との連携について (公共職業安定所における留意事項) (令和3年9月3日(事務連絡))

※ 厚生労働省職業安定局(首席職業指導官室長補佐、障害者雇用対策課長補佐)及び厚生労働省人材開発統括官(若年者・キャリア形成支援担当参事官室長補佐) 発、各都道府県労働局職業安定部長 宛

(略)

下記についてご了知いただき、都道府県や支援センターから安定所に医療的ケア児等の就労に関する相談があった際には、連携を図っていただくようお願いします。

記

1. 医療的ケア児支援センターについて

法第14条では、支援センター(都道府県が自ら支援センター業務を行う場合も含む。)は、医療的ケア児等に対して行う相談支援に係る「情報の集約点」になるところとして、医療的ケア児等に対する、医療、保健、福祉、教育、労働等の多数の機関にまたがる支援の調整について、中核的な役割を果たす機関です。

支援センターの支援対象者は、上記のとおり、医療的ケア児等となりますが、法の附帯決議において、医療的ケア児が成人となった後も適切な保健医療サービス及び福祉サービスを受けながら日常生活及び社会生活を営むことができるようにすることも重要であることが指摘されており、「18歳に達し、又は高等学校等を卒業したことにより医療的ケア児でなくなった後も医療的ケアを受ける者のうち引き続き雇用又は障害福祉サービスの利用に係る相談支援を必要とする者」を含むこととされています。

また、支援センターの設置については、都道府県管内の医療的ケア児の数等、都道府県の実情に応じて、複数の支援センターを設置することが可能とされています。

2. 安定所における留意事項

安定所においては、管轄地域等の支援センター(都道府県が自ら支援センター業務を行う場合も含む。)から、当該センターの支援対象者の就労に関する相談に対応するよう依頼があった際には、医療的ケア児等が必要とする支援の内容や医療的ケア児等の心身の状況に応じて、適切な窓口で対応していただくようお願いします。

なお、新たに設置された支援センターにおいては、安定所を含む関係機関等との顔合わせ等を進めることが必要とされているため、安定所においても、日頃より、**連携の関係構築に努めていただく**ようお願いします。

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の施行に係る医療的ケア児支援センター等の業務等について(令和3年8月31日(事務連絡))(抄)③

4. 支援センター業務の具体的な内容等

(4) 地域のコーディネーターが行う相談・助言等との関係

医療的ケア児等からの相談に対して適切な社会資源(施策)を紹介したり、必要に応じて管内の関係機関等との調整等を行うことは、**従来から地域のコーディネーターにより行われてきた地域もある。**

法で、医療的ケア児等からの様々な相談について総合的に対応する窓口を都道府県が設置できることとした立法趣旨は前述のとおりであるが、このことは、**市町村等において、医療的ケア児等からの相談対応を行わないこととしたものではなく、市町村等においても、引き続き、各制度の相談窓口や、医療的ケア児等の相談に係る一元的な窓口において、適切に対応することが求められる点に留意いただきたい。**

また、複数の関係機関等との調整が必要な場合や、調整が困難なケースへの対応に当たっては、都道府県又は支援センターの助言等を受けつつも、最終的には市町村を始め地域の関係機関等に事案を引き継ぐことが求められるため、市町村においても、引き続き、医療的ケア児等コーディネーターを配置するなどして、医療的ケア児等に必要な支援に繋がるような体制整備を進める必要がある点に留意いただきたい。

Step1 : 障害児入所施設への入所時点 (責任主体:都道府県・政令市)

○ 都道府県(政令市)が入所決定(保護者の居住地の都道府県(政令市)において給付決定or措置決定)

Step2 : 一定年齢からの移行準備・調整 (責任主体:都道府県・政令市)

		都道府県・政令市	市町村 (移行後の支給決定主体)	児童相談所	障害児入所施設	相談支援事業所	障害者支援施設・GH等	特別支援学校等	本人・保護者
1	施設職員(SW等)が本人と保護者に面談・調整し、移行先(GH等)の候補の仮決定 体験利用等の結果、移行先(GH等)が変更の場合は再試行	① 管内の移行対象者(15歳以上)を把握し、障害児入所施設(SW等)の調整状況を適宜把握	③ 都道府県等と連携をしながら、ケース会議等へ参画	② 措置の場合は、障害児入所施設職員(SW等)と連携して面談・調整	② 職員(SW等)が本人の意思決定支援を行いつつ、保護者とも面談し、移行先(GH等)の候補を選定	③ ケース会議等へ参画		③ ケース会議等へ参画	② 施設職員(SW等)をはじめとする関係者と移行に向けた面談
2	移行先(GH等)の候補地に近い相談支援事業所と施設職員(SW等)と連携し、移行先の(GH等)の体験利用を進める。	② 障害児入所施設からの要請を受け、地域移行支援・体験利用の措置・給付決定		① 措置の場合は、障害児入所施設等と連携	① 移行先(GH等)に近い相談支援事業所(基幹相談支援センター等)へ移行に係る相談(体験利用調整等)を依頼するため、都道府県へ措置・給付決定を要請	③ 体験利用の具体的調整等	④ 体験利用の受け入れを行う		④ 体験利用の実施
3	移行調整過程で困難が生じた場合は、都道府県等の協議の場で検討・調整	① 調整状況により協議会を開催	② 要請に応じ、協議会へ参画	② 要請に応じ、協議会へ参画	① 調整状況により協議会開催を都道府県に依頼	② 要請に応じ、協議会へ参画	② 要請に応じ、協議会へ参画	② 要請に応じ、協議会へ参画	② 要請に応じ、協議会へ参画
4	移行先(GH等)・移行時期を決定する	② 移行先(GH等)が絞られてきた段階で、相談支援事業所を通じ、市町村(移行後の支給決定主体)へ相談	③ 相談支援事業所からの相談を受け、具体的調整を開始	① 措置の場合は、障害児入所施設等と連携	① 本人・保護者へ意思確認を行う	② 都道府県の要請を受け、市町村(移行後の支給決定主体)に具体的調整を開始	① 障害児入所施設(SW等)のからの受入開始時期等の相談に応じる	① 障害児入所施設(SW等)からの移行時期等の相談に応じる	① 移行先・移行時期を決定

(注)「GH」=グループホーム、「SW」=ソーシャルワーカー

※「Step3」の1は、「Step2」の4と同時並行的に行われるものと想定

Step3 : 移行先に係る具体的な利用調整・支給決定(責任主体:市町村)									
		都道府県	市町村 (移行後の支給決定主体)	児童相談所	障害児入所施設	相談支援事業所	障害者支援施設・GH等	特別支援学校等	本人・保護者
1	相談支援事業所が移行先(GH等)における具体的な支援の調整、サービス等利用計画案の作成			① 措置の場合は相談支援事業所と連携	① 相談支援事業所と連携	① 本人・保護者と面談し、サービス等利用計画案の作成を行う			① 相談支援等と面談をし、今後利用する障害福祉サービスを決めて行く
2	支給決定の申請を市町村に行い、支給決定を行う		② 障害福祉サービスの支給決定			① 市町村へ支給決定の申請(本人の代行)			① 市町村へ支給決定の申請(本人の代行)
3	入所時から継続して関わってきた相談支援事業所が、その後の地域定着を支援する	② 相談支援事業所等から、適宜定着状況の報告を受ける	① 障害福祉サービスの支給等	② 適宜、相談支援事業所と連携	② 適宜、相談支援事業所と連携	② 障害福祉サービスの利用状況をモニタリングし、障害児入所施設等と連携しつつ、定着まで伴走	① 本人と契約し、施設障害福祉サービス計画等を作成し、支援を開始 (※やむを得ない措置の場合は措置委託を受ける)		① 障害福祉サービスの契約を結び、利用を開始

柱3関連

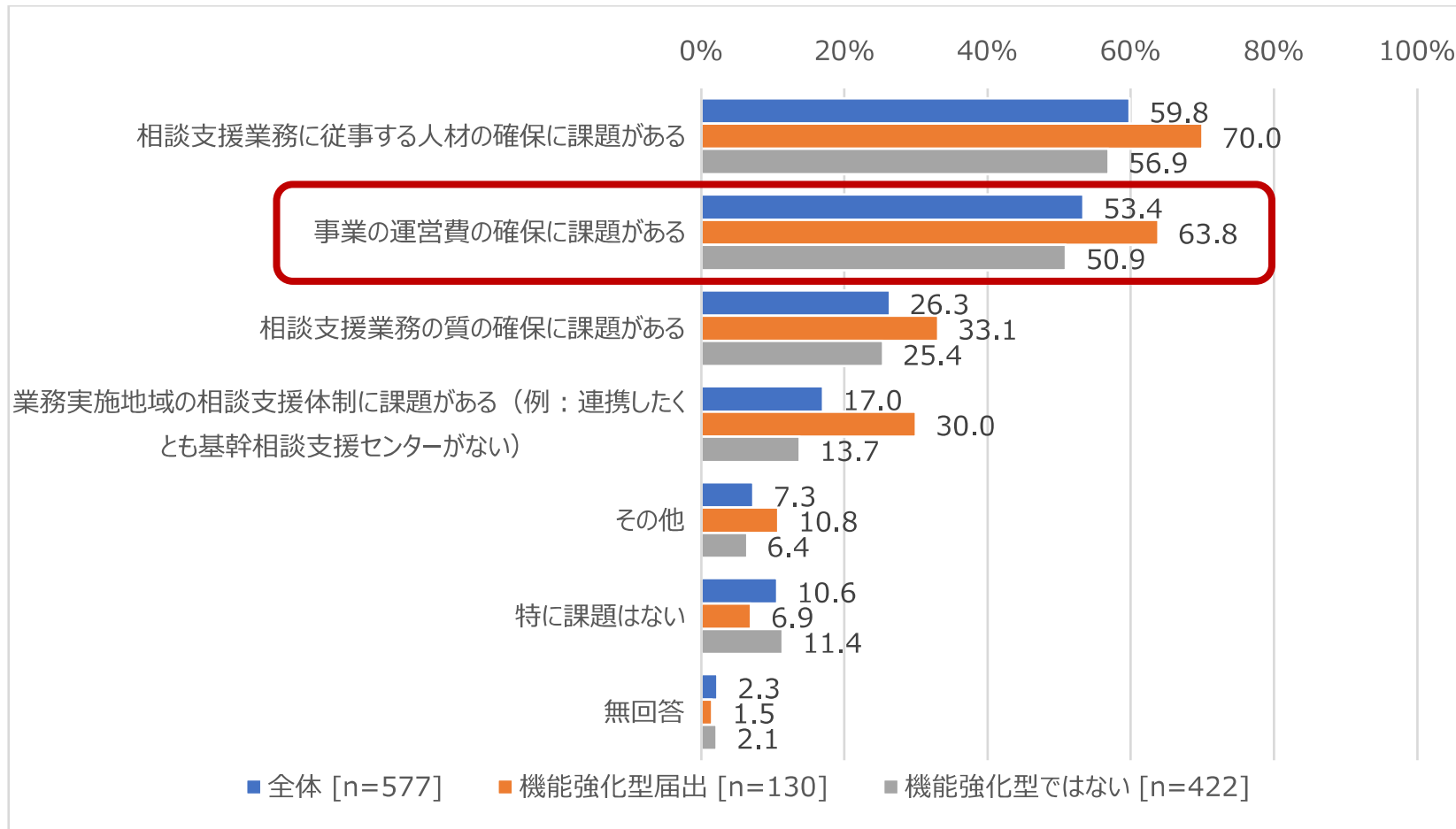
障害福祉サービス等経営概況(実態)調査結果 【収支差率】

サービスの種類	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
	実態調査	概況調査	概況調査	実態調査	概況調査	概況調査
相談系サービス						
自立生活援助			7.5%	2.7%	▲0.8%	1.7%
計画相談支援	1.0%	1.1%	▲2.0%	0.5%	▲1.4%	0.3%
地域移行支援	4.2%	▲1.4%	0.2%	3.0%	6.7%	3.8%
地域定着支援	1.7%	▲0.2%	▲0.7%	5.2%	6.4%	4.9%
障害児相談支援	▲0.5%	▲4.4%	▲1.9%	1.5%	1.6%	2.9%
全体平均	5.9%	3.9%	3.9%	5.0%	4.7%	5.1%

⑥事業実施にあたっての課題

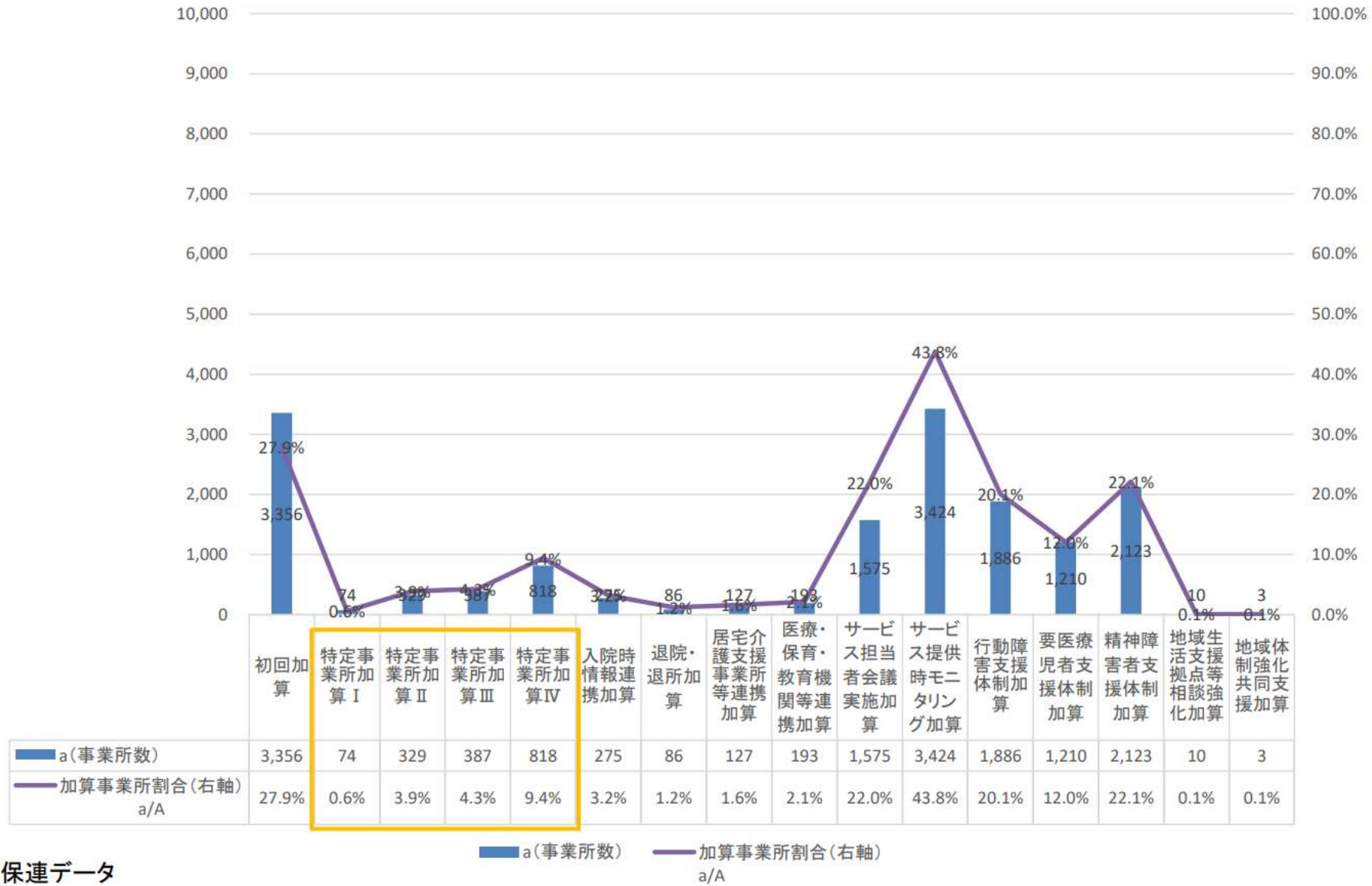
事業実施にあたっての課題は、「相談支援業務に従事する人材の確保に課題がある」が59.8%、「事業の運営費の確保に課題がある」が53.4%等となっている。

図表 545 ②事業実施にあたっての課題〔複数回答〕



計画相談支援における加算の取得状況 (R2年4月時点)

○特定事業所加算の算定割合は、I～IVを合わせて約18%となっている。



特定事業所加算を算定しない理由について

加算の要件で満たすことが難しいと思われるものについて聞いたところ

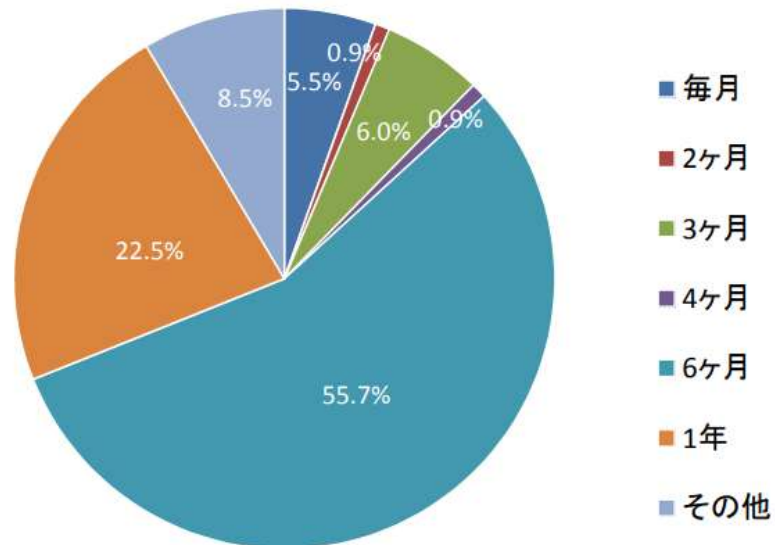
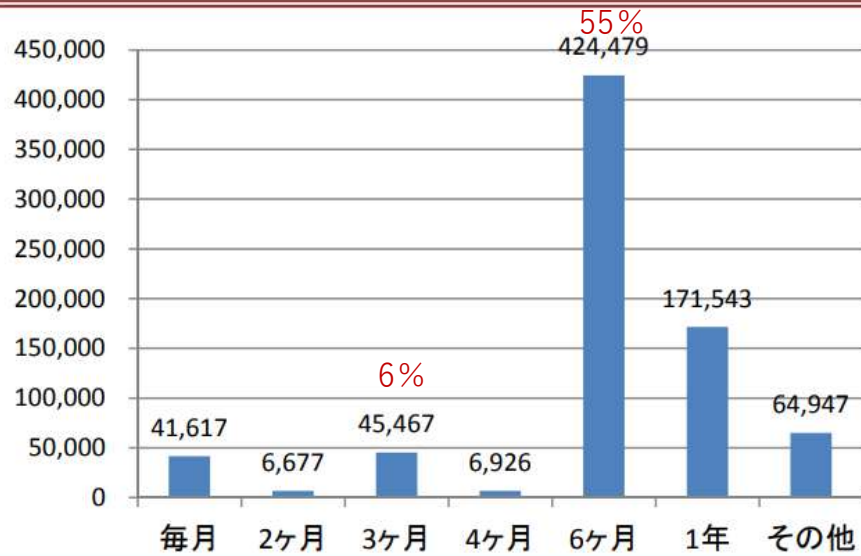
「1-2 相談支援専門員を2～4名以上配置」が66.8%、「1-1 専ら計画相談支援・障害児相談支援に従事する常勤」が49.7%、「2-2 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を整備している」が46.3%で、この3つの条件をあげる事業所が多い。

※前回報酬改定と同様の回答内容となっている。

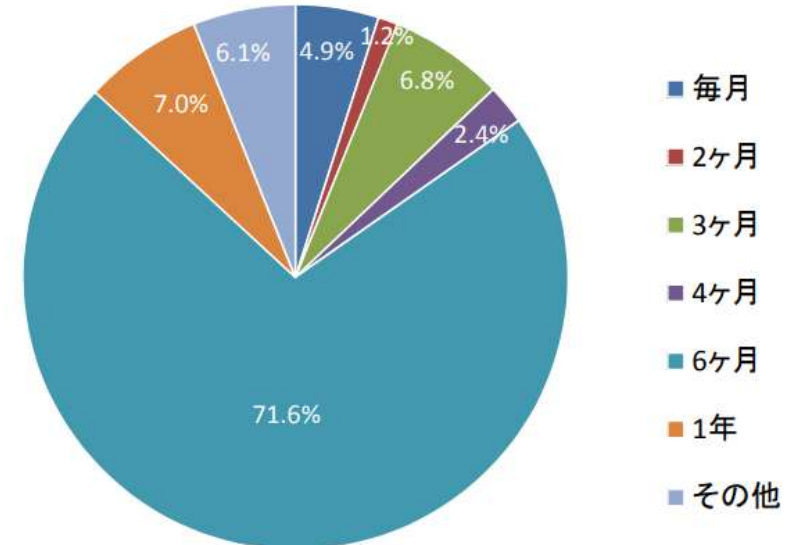
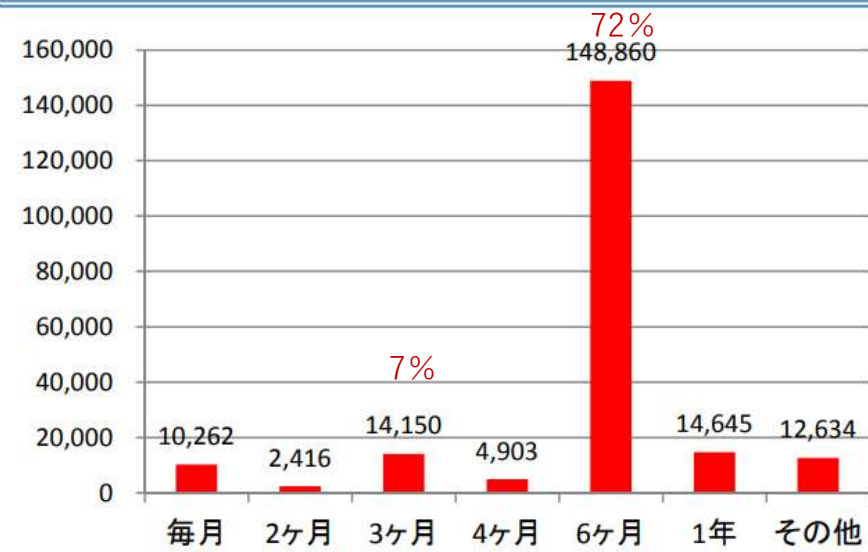


計画相談支援 モニタリング頻度（実数・割合）（平成29年6月）

○ 計画相談支援におけるモニタリング頻度

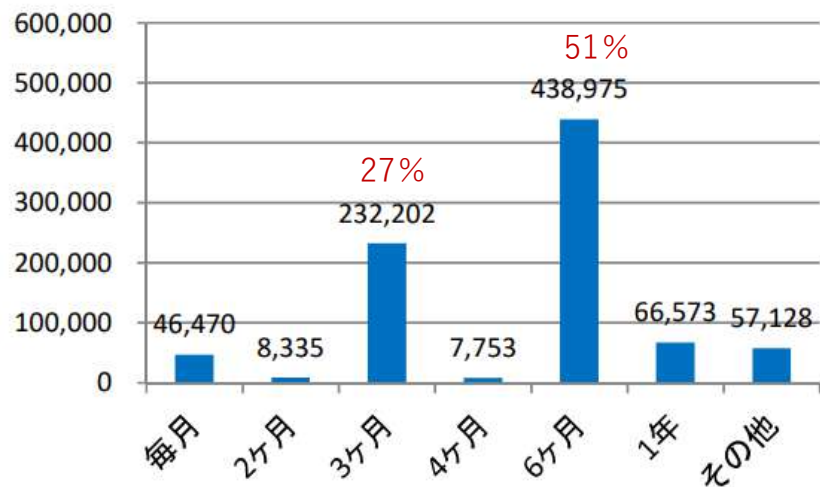


○ 障害児相談支援におけるモニタリング頻度

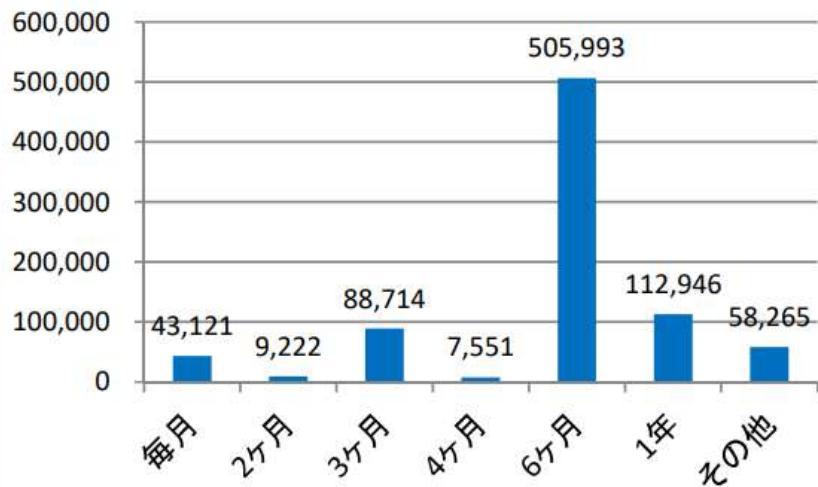


計画相談支援 モニタリング頻度（実数）（R2.3：厚生労働省調べ）

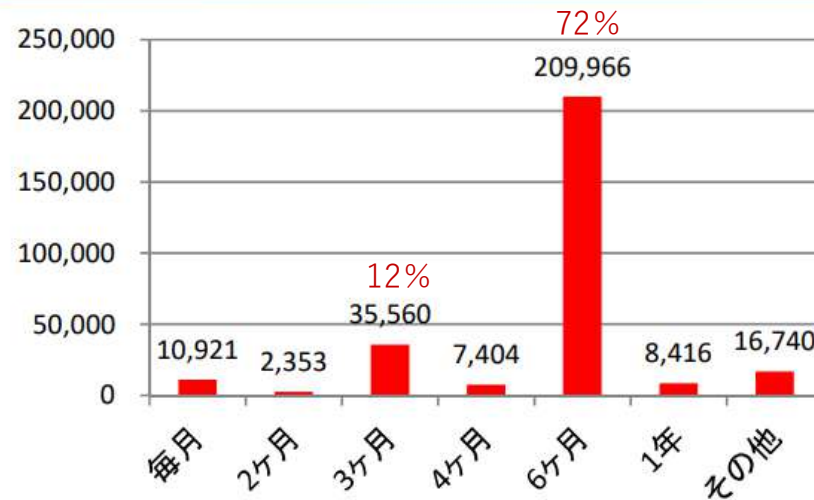
○ 計画相談支援におけるモニタリング頻度



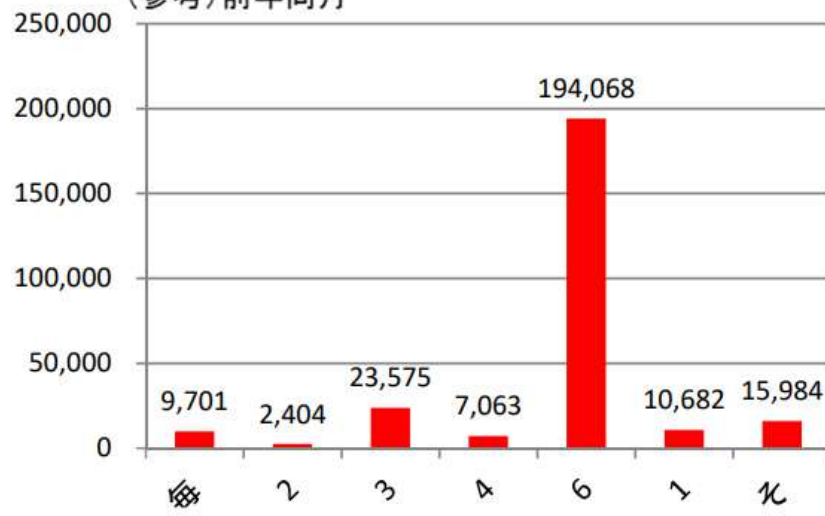
(参考) 前年同月

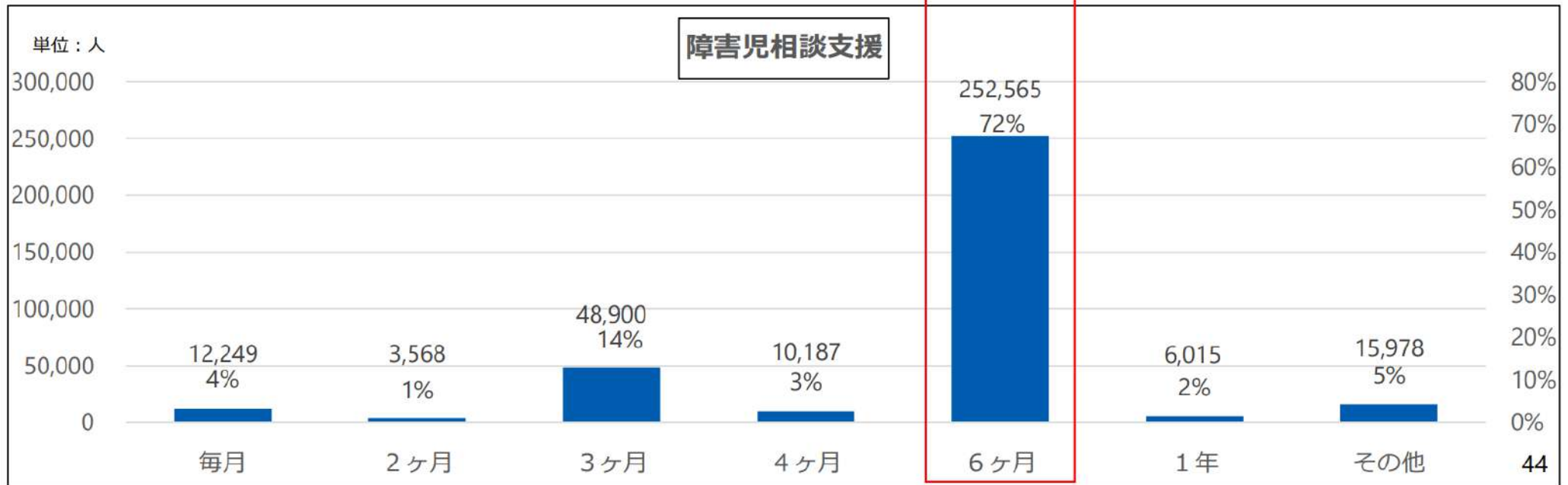
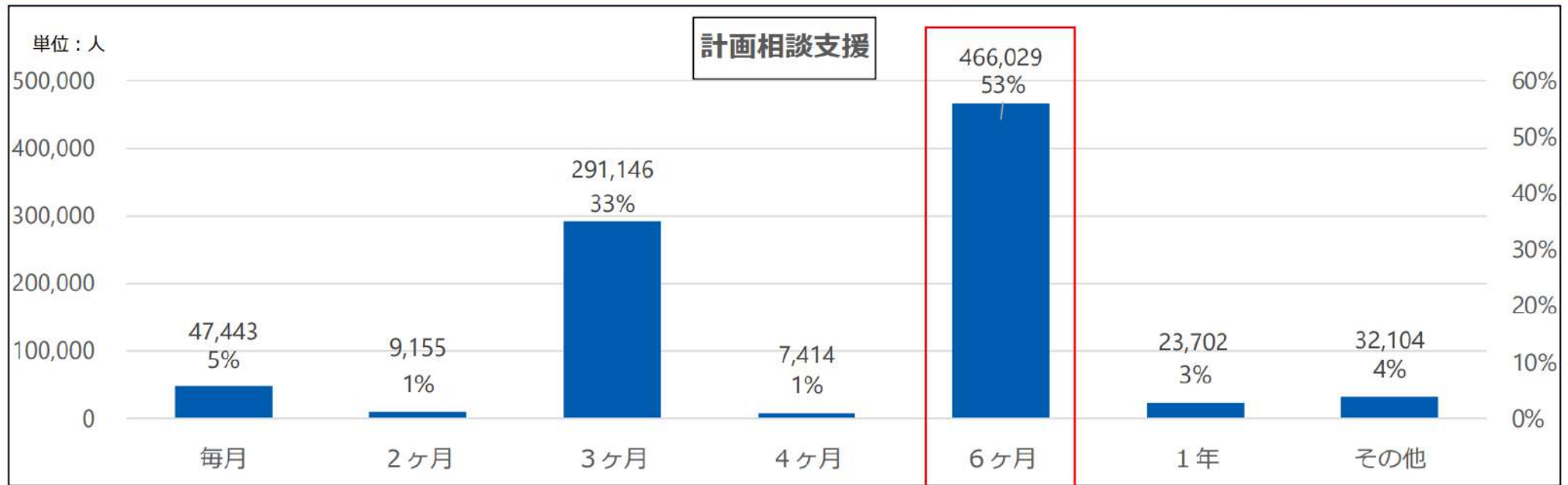


○ 障害児相談支援におけるモニタリング頻度



(参考) 前年同月

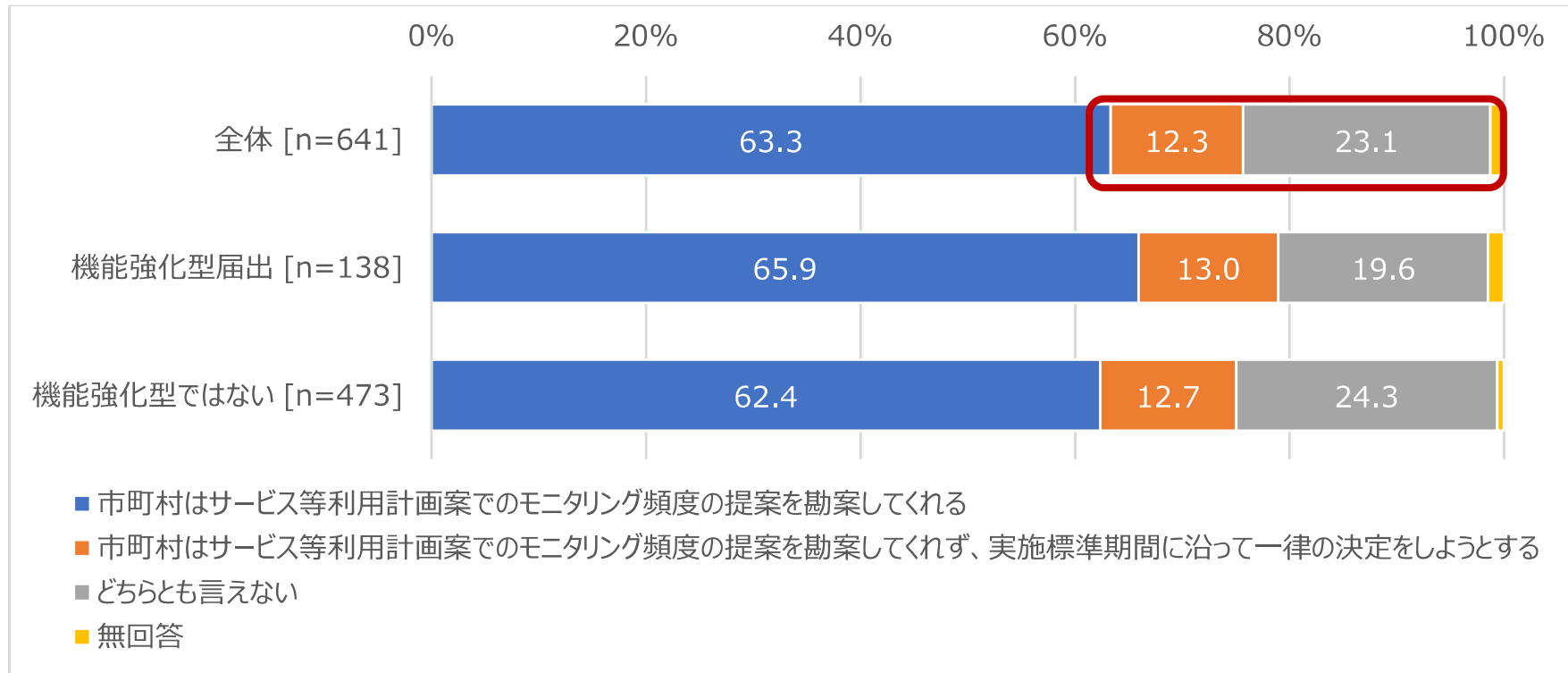




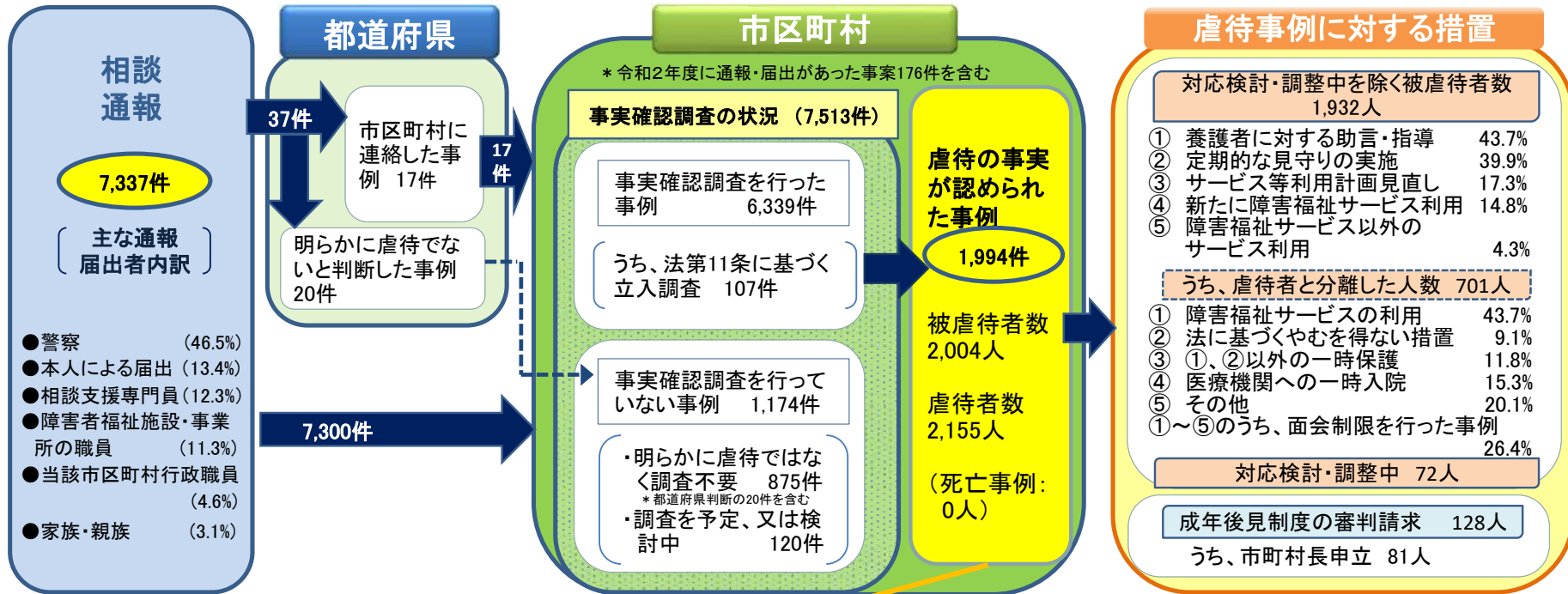
④ モニタリングについて

モニタリングに関し、モニタリング頻度の決定について感じることを聞いたところ、「市町村はサービス等利用計画案でのモニタリング頻度の提案を勘案してくれる」が63.3%、「どちらとも言えない」が23.1%、「市町村はサービス等利用計画案でのモニタリング頻度の提案を勘案してくれず、実施標準期間に沿って一律の決定をしようとする」が12.3%となっている。

図表 550 モニタリング頻度の決定について感じること



令和3年度 障害者虐待対応状況調査<養護者による障害者虐待>



虐待者(2,155人)

- 性別
男性(64.8%)、女性(35.2%)
- 年齢
60歳以上(38.1%)、50～59歳(25.0%)
40～49歳(17.7%)
- 続柄
父(25.1%)、母(23.1%)、夫(16.8%)
兄弟(10.9%)

虐待行為の類型(複数回答)

身体的虐待	性的虐待	心理的虐待	放棄、放置	経済的虐待
67.8%	3.7%	31.0%	12.4%	15.8%

市区町村職員が判断した虐待の発生要因や状況(複数回答)

家庭における被虐待者と虐待者の人間関係	42.5%
虐待者が虐待と認識していない	42.3%
虐待者の知識や情報の不足	25.6%
被虐待者の介護度や支援度の高さ	25.1%
虐待者の介護疲れ	20.7%
虐待者の障害、精神疾患や強い抑うつ状態	17.3%
虐待者の介護等に関する強い不安や悩み・介護ストレス	16.6%

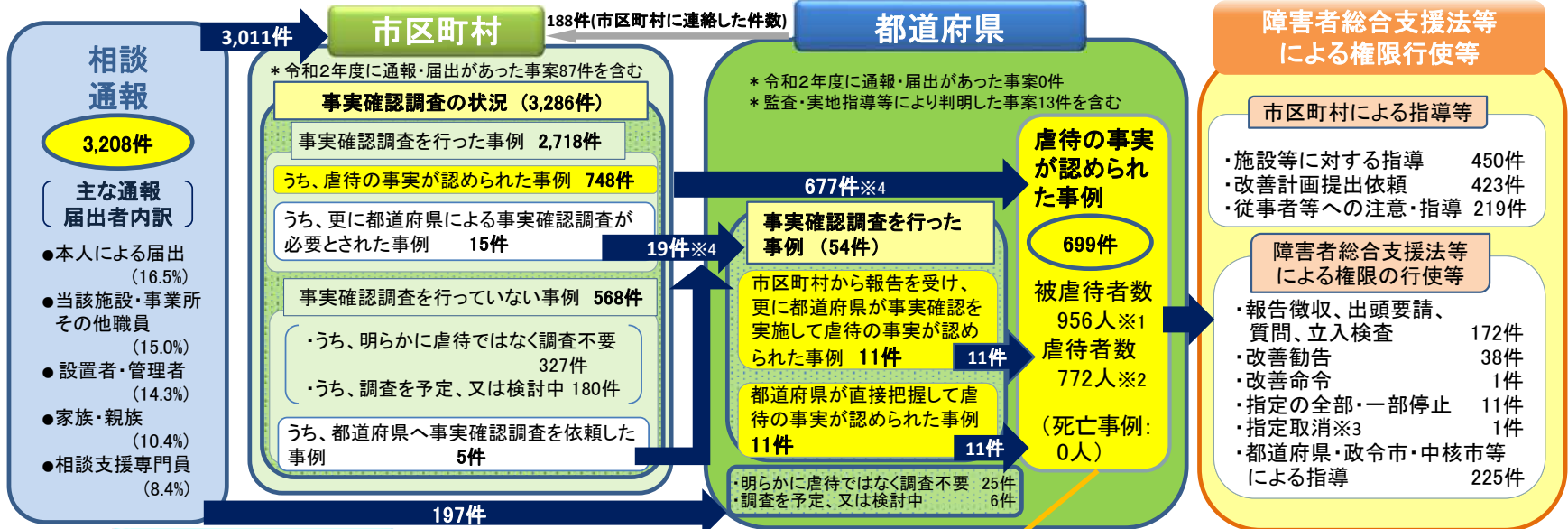
被虐待者(2,004人)

- 性別 男性(33.5%)、女性(66.5%)
- 年齢
50～59歳(22.5%)、40～49歳(22.0%)
20～29歳(20.4%)
- 障害種別(重複障害あり)

身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	難病等
18.3%	45.7%	41.7%	4.1%	3.0%

- 障害支援区分のある者 (50.1%)
- 行動障害がある者 (27.7%)
- 虐待者と同居 (86.9%)
- 世帯構成
両親(14.5%)、配偶者(13.4%)、
両親と兄弟姉妹(11.5%)、母(8.8%)

令和3年度 障害者虐待対応状況調査<障害者福祉施設従事者等による障害者虐待>



虐待者 (772人) ※2

- 性別
男性 (69.0%)、女性 (31.0%)
- 年齢
60歳以上 (20.5%)、40～49歳 (17.0%)、50～59歳 (16.2%)
- 職種
生活支援員 (37.2%)、世話人 (10.5%)、管理者 (9.3%)、その他従事者 (8.5%)、サービス管理責任者 (6.7%)

市区町村等職員が判断した虐待の発生要因 (複数回答)

教育・知識・介護技術等に関する問題	64.5%
職員のストレスや感情コントロールの問題	54.8%
倫理観や理念の欠如	50.0%
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ	22.0%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	24.7%

虐待行為の類型 (複数回答)

身体的虐待	性的虐待	心理的虐待	放棄、放置	経済的虐待
56.8%	15.3%	42.2%	5.4%	5.0%

障害者虐待の事実が認められた施設・事業所の種別

種別	件数	構成割合
障害者支援施設	146	20.9%
居室介護	18	2.6%
重度訪問介護	6	0.9%
行動支援	4	0.6%
療養介護	12	1.7%
生活介護	87	12.4%
短期入所	16	2.3%
重度障害者等包括支援	1	0.1%
自立訓練	4	0.6%
就労移行支援	7	1.0%
就労継続支援A型	33	4.7%
就労継続支援B型	83	11.9%
自立生活援助事業	2	0.3%
共同生活援助	162	23.2%
一般相談支援事業及び特定相談支援事業	5	0.7%
移動支援	6	0.9%
地域活動支援センター	6	0.9%
福祉ホーム	1	0.1%
児童発達支援	5	0.7%
放課後等デイサービス	95	13.6%
合計	699	100.0%

被虐待者 (956人) ※1

- 性別
男性 (66.4%)、女性 (33.6%)
- 年齢
～19歳 (18.9%)、20～29歳 (17.6%)、30～39歳 (17.3%)、40～49歳 (16.5%)
- 障害種別 (重複障害あり)

身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	難病等
16.5%	72.9%	15.3%	6.1%	1.4%

- 障害支援区分のある者 (68.5%)
- 行動障害がある者 (36.2%)

※1 不特定多数の利用者に対する虐待のため被虐待障害者が特定できなかった等の7件を除く692件が対象。
 ※2 施設全体による虐待のため虐待者が特定できなかった31件を除く668件が対象。
 ※3 指定取消は、虐待行為のほか人員配置基準違反や不正請求等の違反行為等を理由として行ったもの。
 ※4 同じ事例で、複数の市区町村が報告した事例等があるため一致しない。

柱4関連

地域生活支援拠点等の全国の整備状況について(令和3年4月1日時点)

※ 障害福祉課調べ

- 地域生活支援拠点等の全国の整備状況について、令和3年4月1日時点で、921市町村において整備されている。
(全国の自治体数:1741市町村)

※令和2年4月1日時点整備状況 469市町村

① 地域生活支援拠点等の整備数(全国1741市町村の状況)

令和3年4月1日時点で整備済み	921市町村 (52.9%) ※圏域を単位とする共同整備:118圏域501市町村
令和3年度末までに整備予定	183市町村 (10.5%)
令和4年度に整備予定	120市町村 (6.9%)
その他	517市町村 (29.7%)

② 整備類型について(令和3年4月1日時点整備済み921市町村の状況)

多機能拠点整備型	37市町村 (4.0%)
面的整備型	810市町村 (87.9%)
多機能拠点整備型+面的整備型	74市町村 (8.0%)

(課題等)

※ 整備にあたって、備えるのが困難な機能として、「専門的人材の養成・確保」「緊急時の受入・対応」との回答が多くあった。

(地域生活支援拠点等の整備の推進について)

- 地域生活支援拠点等(地域生活支援拠点又は居住支援のための機能を備えた複数の事業所・機関による面的な体制)については、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、
 - ・ 緊急時における相談や短期入所等の活用を可能とすることにより、地域生活の安心感を担保する機能や
 - ・ 体験の機会の場の提供を通じて、入所施設や病院、親元からのグループホームや一人暮らし等の地域生活への移行をしやすい機能等を地域の実情に応じて整備することにより、障害者が地域で安心して暮らせる支援体制を構築することを目的としたものである。
 - 市町村における地域生活支援拠点等の整備を推進するため、市町村における地域生活支援拠点等の整備の努力義務化なども含め、法令上の位置付けの明確化を検討する必要がある。
 - 地域生活支援拠点等の目的である地域生活の安心の確保や地域移行の推進を踏まえて備えるべき具体的な機能・役割・事業等について、基幹相談支援センター等の地域の関係機関との関係整理も含め検討する必要がある。その際、権利擁護や災害への対応を担う行政等の関係機関との連携について検討することも重要である。あわせて、市町村が主導的に地域生活支援拠点等の整備や機能強化を図る観点や、地域生活支援拠点等が期待される役割を果たすことができるよう、地域生活の安心の確保や地域移行の推進を担うコーディネーターを含めた体制整備を図る観点から検討する必要がある。
- また、地域生活支援拠点等において、福祉だけでなく、医療、行政などの関係機関との連携も含めた24時間の連絡体制の整備を推進していく方策を検討する必要がある。

出典:障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて 中間整理(令和3年12月16日)

○ 地域生活支援拠点等について、形式的な整備が目的化している場合があるとの指摘がある。地域生活支援拠点等については、市町村が、地域の利用者や家族等からニーズを把握し、継続的に地域のニーズを踏まえた必要な機能が備わっているか検証し、地域の 実情に応じて必要な機能の強化を図っていくことが重要である。

今後、各市町村が、地域のニーズを踏まえた必要な機能が備わっているか、PDCA サイクルを通じて継続的に検証・検討するための標準的な評価指標や評価のプロセスを検討した上で、全国的に周知を図り、市町村におけるPDCA サイクルを通じて地域生活支援拠点等の機能の充実を推進していく必要がある。

○ 引き続き、国として、市町村に対する地域生活支援拠点等の整備や機能の充実の働きかけの実施や、好事例の周知などにより、地域生活支援拠点等の整備や機能の充実を図っていく方策を検討する必要がある。

また、都道府県については、広域的な見地から、管内市町村の地域生活支援拠点等の整備状況や機能の状況を継続的に把握するとともに、未整備市町村への整備の働きかけや管内市町村と現状や課題の共有を図るなどにより、地域生活支援拠点等の整備や機能の充実に向けた積極的な役割が期待される。

（「地域づくり」機能の強化と協議会の活性化）

○ 自治体は協議会等を活用し、障害当事者や福祉サービス事業者、医療関係者等を含む多様な主体の参加を得ながら住民の個別の課題の分析から地域内で共通して見られる課題を抽出し、解決を図ることが重要であるとされており、医師会等の関係者、成年後見制度に係る中核機関等の権利擁護関係機関、管内の計画相談支援事業所等の参加により、協議会の一層の活性化を図っていく必要がある。

このため、協議会においては利用者個別の事例の検討等をする場合があるが、協議会に守秘義務がかけられていない現状があることから、検討等の実施を促進するため、協議会について守秘義務を設ける必要がある。

○ 協議会の活性化のためには、自治体は協議会の運営状況を適切に把握し、評価を行い、地域の関係機関等や地域住民に周知する必要があるとあり、その効果的な方策を検討する必要がある。また、自治体と相談支援事業者が協働する取組が重要とされているところであり、特に市町村協議会においては、基幹相談支援センターが事務局機能の一端を担う等の積極的関与が期待されていることから、それを促進するための方策を講じる必要がある。

○ また、自治体が協議会等を構成する機関等の関係者の会議に係る負担を軽減する方策を講じることを促進するため、事務局機能を強化する中で障害福祉分野における複数の協議の場が合理的・効率的に開催されるような運用上の工夫を行っている取組等を把握し、周知する等の必要な方策を講じる必要がある。

○ 市町村や障害保健福祉圏域内にとどまらず、より広域での検討が必要な課題を市町村協議会からの報告により都道府県協議会で取り扱うことや、広域での地域課題の抽出にあたり、管内市町村協議会の整理した地域課題を把握すること等をはじめ、都道府県協議会と市町村協議会が効果的に連動するための方策を講じる必要がある。

出典：障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて 中間整理（令和3年12月16日）

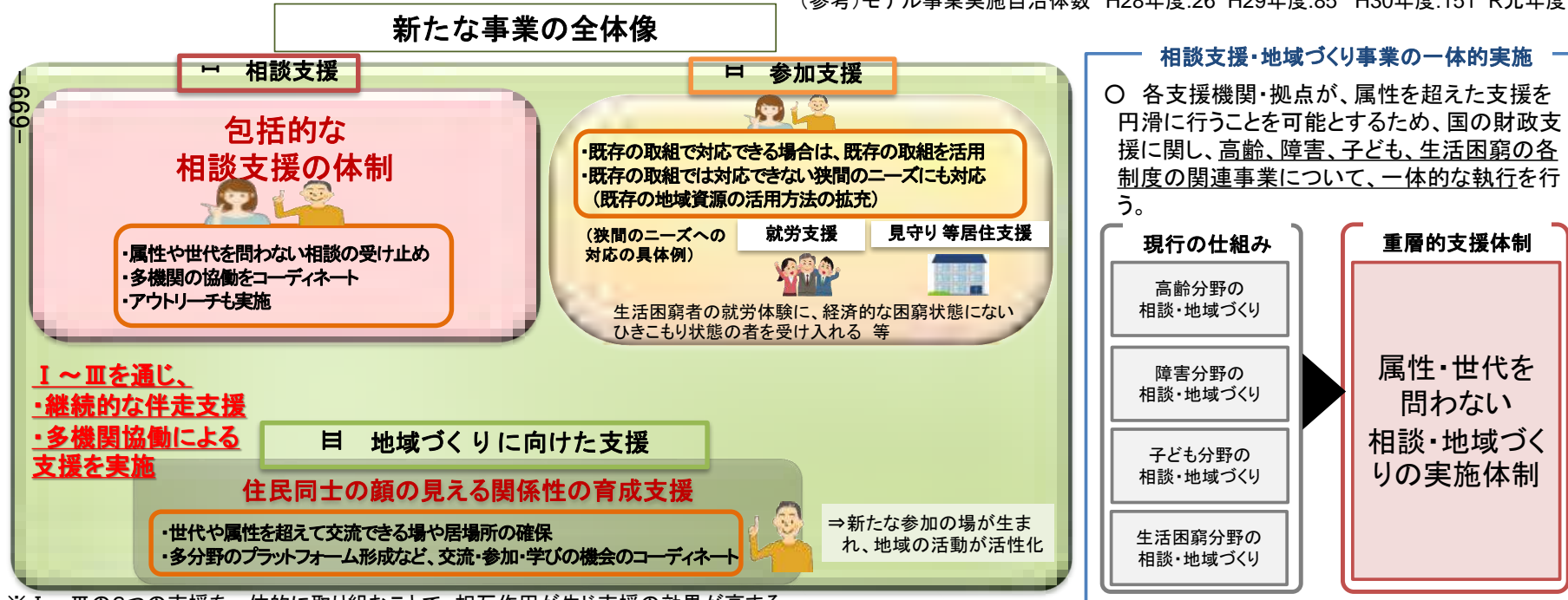
地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制整備事業の創設

- 地域住民が抱える課題が複雑化・複合化(※)する中、従来の支援体制では課題がある。 (※)一つの世帯に複数の課題が存在している状態(8050世帯や、介護と育児のダブルケアなど)、世帯全体が孤立している状態(ごみ屋敷など)
 - ▼属性別の支援体制では、複合課題や狭間のニーズへの対応が困難。
 - ▼属性を超えた相談窓口の設置等の動きがあるが、各制度の国庫補助金等の目的外流用を避けるための経費按分に係る事務負担が大きい。
- このため、属性を問わない包括的な支援体制の構築を、市町村が、創意工夫をもって円滑に実施できる仕組みとすることが必要。

社会福祉法に基づく新たな事業(「重層的支援体制整備事業」)の創設

- 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、**I 相談支援、II 参加支援、III 地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業を創設する。**
- 新たな事業は実施を希望する市町村の手あげに基づく**任意事業**。ただし、事業実施の際には、I～IIIの支援は必須
- 新たな事業を実施する市町村に対して、相談・地域づくり関連事業に係る補助等について一体的に執行できるよう、**交付金を交付する。**

(参考)モデル事業実施自治体数 H28年度:26 H29年度:85 H30年度:151 R元年度:208



※ I～IIIの3つの支援を一体的に取り組むことで、相互作用が生じ支援の効果が高まる。
 (ア)狭間のニーズにも対応し、相談者が適切な支援につながりやすくなることで、相談支援が効果的に機能する
 (イ)地域づくりが進み、地域で人と人とのつながりができることで、課題を抱える住民に対する気づきが生まれ、相談支援へ早期につながる
 (ウ)災害時の円滑な対応にもつながる

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

日本肢体不自由児療護施設連絡協議会
会 長 野田 栄次
事務局長 市川 進治

日本肢体不自由児療護施設連絡協議会の概要

1. 設立年月日:平成8年1月30日

2. 活動目的及び主な活動内容:

児童福祉施設の旧種別である肢体不自由児療護施設が集まり、「施設間相互の連絡を図り、施設の発展を期するとともに、肢体不自由児療護の理解と福祉の増進並びに地域社会の啓蒙に寄与する事を目的に設立しました。平成24年の児童福祉法の改正により福祉型障害児入所施設に種別は変更されましたが、継続して活動しています。当協議会の加盟施設は、主たる障害種別を肢体不自由としています。

【主な活動内容】

- ・ 総会、施設長会議等の開催
- ・ 全国大会の実施、研究発表の実施
- ・ 職員交換研修の実施
- ・ 機関誌の発行
- ・ こども家庭庁との情報交換等

3. 加盟団体数:5団体(令和5年6月時点)

神奈川県 精陽学園(定員50名)、静岡県 ねむの木学園(定員20名)、
大阪府 四天王寺太子学園(定員50名)、兵庫県 おおぞらのいえ(定員20名)
山口県 はなのうら(定員16名)

4. 代表: 会長 野田 栄次(ねむの木学園 園長)

5.より質の高いサービスの提供していく上での基本的な考え方

福祉型障害児入所施設では、こどものライフサイクルである乳幼児期・児童期・青年期に渡るとても大切な成長期に、虐待、保護者の養育能力欠如や疾患、死別、経済困窮等、様々な理由により父母、兄弟姉妹等の家族との生活が困難になり、自宅や一時保護、病院、児童養護施設、乳児院等から入所します。年齢は、2歳から18歳まで、原則高校を卒業するまでの最長16年間の成長に寄り添い、一人ひとりの障がいに合わせて発達や自立を促し、社会に出ていくための準備を行います。

一番大切なことは、一人ひとりの心のケアを行い、心を育むことです。心が育たなければ、社会への適応が困難になります。職員との信頼関係を深め、遊びや対話の中で家族同様に安心して暮らせる生活の場にしていくこと。一人ひとりの障がいの特性を理解し、成長に寄り添った支援を行い、適切な通学や医療等の提供を行うこと。こどもの意見を尊重し、意見表明が行えること。高校卒業後の生活を見据えた移行支援を行い、将来の生活の希望が持てること等。これらの実現のために、職員は日々子ども達と向き合っ、共に生活をしています。

離れている家族との関わりも大切です。日頃からこどもの様子や成長、学校の出来事等の情報を伝えるとともに、家族の抱えている悩みや相談を受け、一緒にこどもの成長を支えます。同時に、学校、児童相談所、福祉事務所、地域住民等と連携し、地域社会で支え合えることも重要です。

こども家庭庁の障害児支援策においても、家庭で生活できないこどもの支援に重点をおいて頂きたいと思います。

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

「ありのままに生活できるあたりまえの生活」の実現を目指すために
児童の権利条約、障害児入所施設運営指針に沿って、こどもの権利と生活の保障をどの
ように行っていくのか

1 基本報酬、人員配置基準の引き上げ、加算の見直しについて

こどもの療育、支援に関しては、早期療育の考え方により、より早い時期に生活環境を整え、適切な療育や様々な社会経験等を通じて成長を促すことにより、将来の自立や自己決定、自己選択により自分の人生を選ぶ力を身につけることができます。障害児入所施設については、令和3年9月9日に定められた「障害児入所施設運営指針」に基づき、施設設備、運営を向上させていかなければなりません。現状のマンパワー不足、採用困難を解消するために、基本報酬及び人員配置基準の引き上げ、加算の見直しが必要です。

2 柔軟な制度の活用について

多様な障がいのあるこどもの生活を支援していくためには、施設内で完結することは難しい状況です。こどもの年齢に応じて、様々な社会資源と連動していき、発達や成長につなげ、社会経験を広げていく必要があります。

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

3 移行支援、過齢児の対応について

移行支援は、都道府県、政令市の役割が明確化し、みなし規定は、令和6年3月31日まで延期されました。措置延長の期限も20歳前日から22歳までに見直されました。しかしながら、適切な移行時期は、高校卒業時であります。高校入学時から、都道府県は市町村等と連携を行い、こどもが安心して移行できるよう十分な時間をかけて移行支援を行う必要があります。同時に過齢児に対しては、社会とのつながりを深めていくために、必要なサービスの利用ができるようにしなければなりません。

4 措置と契約について

措置は、原則虐待や保護者不在等の理由に限られ、他の利用は契約で行うとされています。現実的には、契約ケースも社会的養護を必要として入所しています。また、個々のケースにおいて、児童相談所の判断基準が分かれている状況もあり、措置と契約については、整理する必要があります。

5 施設整備等について

「できる限り良好な家庭的環境」において養育を行う必要性から、既存施設のユニット化、個室対応への改修や建て替え等、優先して施設整備を行う必要があります。また、昨今の建築事情を考慮し、単年度での計画が難しくなっている現状もあります。更に、地域によっては、ファミリーホームの必要性についても検討する必要があります。

6 他の必要事項について

詳細ページ参照

ありのままに生活できるあたりまえの生活」の実現を目指すために
児童の権利条約、障害児入所施設運営指針に沿って、こどもの権利と生活の保障を
どのように行っていくのか

1 基本報酬、人員配置基準、加算の引き上げについて

【意見・提案を行う背景、論拠】

主たる障害を肢体不自由としていますが、知的障害、発達障害、強度行動障害、重症心身障害、医療ケア児等、多様な障害児が入所しています。そのために個別対応が必要な場面も多くあり、人手が必要となっています。医療機関との連携も同様であり、個別に主治医を置く必要があり、通院の件数及び病院までの往復、診療時間等、多くの人手がかかっています。

学校とは、一般家庭と同様に翌日の準備、宿題、連絡帳、面談、学校行事、お弁当等、やらなければならないことが多くあります。また、地域の学校に通う場合は、複数の学校に通学しており、送迎、送迎車の燃料費や購入費等、多くの人手と経費がかかっています。

重度の肢体不自由児や重症心身障害児は、生活全般に個別対応の介助や医療的な処置が必要です。障害の状態により、二人介助が必要な場合もあり、介助の時間に多くの人手がかかっています。また、医療ケア等の必要性から看護師の対応が毎日必要なこともあり、看護師の日々配置が必要です。

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

被虐待児への支援では、こどもを保護することで完了するわけではなく、虐待によるダメージにより、愛着障害を伴うこどもも多くおります。人に対して信頼することが出来ないため、自信が持てない、約束を守れない、問題行動を起こす、友達同士のトラブルが頻回にある等から、個別の対応をとる機会も多くあります。同時に、保護者との関わりでは、親子関係を再構築していくために、繊細な関わりを長期的に続けることとなります。

幼児に対しては、職員と関わることで気持ちを安定させ、日々の積み重ねで心を育て、成長させていきます。個々の障害特性にも配慮して療育を行い、個別な対応に多くの時間をかけていきます。

生活の中でのリハビリや看護は、専門性のある職種が共同で実施することが必要です。こどもの身体的、精神的状態に合わせて、各専門的な分野から様々な助言や関わりを受け、よりの確に成長や自立につなげていく必要があります。

きょうだい支援の関わりも重要であり、兄弟姉妹が他の施設に入所している、里親委託を受けているケースがあります。保護者との関わりが難しいケースでは、特に兄弟姉妹との関係を構築していく必要があり、定期的に連絡を取りあい、面会等の期間を作る必要があります。

日常生活の中で、上記に掲げる内容は最低限行わなければならないことではありますが、日々の中では余裕がなく、十分なことが出来ない現状を改善しなくてはなりません。

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

令和3年度の報酬改定では、児童養護施設の人員配置基準に合わせる形で知的障害の人員配置基準が見直されましたが、肢体不自由児の人員配置基準の見直しは見送られました。福祉型障害児入所施設は、児童養護施設で対応が困難なこどもや乳児院、重症心身障害児施設から、措置変更されているこどもも多く在籍しておりマンパワーが必要です。そのため、基本報酬の引き上げ及び人員配置基準の見直しが必要です。

また、一人ひとりの障がい特性(個人差)に対応するために、施設の特性、多職種共同の観点から、必要な専門職を導入することに応じた加算体系が必要です。

【意見・提案の内容】

- ①基本報酬を引き上げてください。
- ②人員配置基準を引き上げてください。特に肢体不自由は必須です(3.5:1⇒3.2:1)。
- ③重症心身障害児の加算を新設してください。
- ④被虐待児加算は、1年間のみ適応から、継続的に適応してください。
- ⑤職員のワークライフバランスを充実させるためには、有給休暇の消化を促進していく必要もあり、人員配置を増せるようにしてください。

2 柔軟な制度の活用について

【意見・提案を行う背景、論拠】

こどもを育てていくことは、施設内だけできることではありません。学校や行政、地域と関わりながら、専門的な分野と共同していく必要があります。幼児に関しては、幼児の人数が変動すること、他の業務に追われて十分な療育時間を設けることができないこと等、施設内での療育には限界があります。幼稚園の通園は出来ていますが、多様な障害を受け入れてもらうには、障害児通所支援の通園が必要です。

【意見・提案の内容】

幼児は、障害児通所支援の上乗せ利用により、より効果的な療育を受けることができます。日数としては、週に2日以上は利用できないと療育の積み重ねが難しいと考えられます。

3 移行支援、過齢児の対応について

【意見・提案を行う背景、論拠】

移行支援は、地域性もありますが、簡単に移行先が決まる状況ではありません。本人や家族の思い、対象となる施設等への見学や体験、これらを繰り返し行う中で、より本人に合った移行先を模索しながら行っており、時間をかけて行う必要があります。本来は、入所時から退所を見越して関わる必要がありますが、現実的に始動する時期は、高校入学時が適切です。

また、過齢児に関しては、学校を卒業してから移行するまでの期間に外部の人との交流ができない現状があります。本来、社会に送り出す必要があるのに、実際には施設内のみの生活になってしまいます。社会へ適応していくためのステップが必要です。

【意見・提案の内容】

- ①移行支援は、高校入学とともに本人や家族の意向を確認し、関係機関とともに検討を始め、早期に障害支援区分の認定調査を実施し、制度を通じてゆとりを持って体験利用を繰り返し行う必要があります。
- ②移行支援の実施主体である都道府県、政令市の役割は重要ですが、相談支援機関との連携を図ることにより、更に充実することができます。在学中から計画相談の給付を受けることが必要です。
- ③過齢児は、障害者通所支援の上乗せ利用が必要です。生活介護事業所や就労支援事業所等の利用を積み上げながら、社会とつながり、社会への適応を目指していく必要があります。

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

4 措置と契約について

【意見・提案を行う背景、論拠】

措置と契約については、その線引きが曖昧であり、矛盾が生じている現状があります。施設入所するこどもは、理由にとらわれず社会的養護が必要であることは明確です。長期入所は原則措置とし、家庭復帰を前提とする、1年未満の有期限利用のみを契約とする考え方で整理できるのではないのでしょうか。。

【意見・提案の内容】

- ①長期入所は、措置の対応にすることが必要です。
- ②家庭復帰を前提とした1年以内の有期限の利用を契約入所とすることが必要です。

5 施設整備等について

【意見・提案を行う背景、論拠】

障害児入所施設指針にもあるように、ハード面で環境整備を行わなければならない施設も多くあります。人的配置や支援の方法だけでは難しいので、修繕や建替えを視野に検討しなければなりません。

【意見・提案の内容】

- ①施設整備の必要性から、優先的に施設整備補助の対象となるよう配慮してください。
- ②建替えに関しては、建築資材の不足及び高騰、建築関係者の人材不足等により、単年度での実施が大変困難な状況であります。2年にまたがる計画を認可してください。
- ③地域によっては、ファミリーホームの設置の必要性を検討してください。

6 その他

【意見・提案を行う背景、論拠】

- ①物価高騰に対する対応が継続的に必要です。
- ②処遇改善加算は、職員の賃金上昇に有効に働きましたが、度重なる変更があり3段階の複雑な仕組みになってしまい、事務作業の負担増を招いており、改善が必要です。
- ③職員採用が大変困難になっています。保育士や児童指導員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉等の資格を持つことが憧れの存在となるようにしなければなりません。一般企業と足並みを揃えられるような報酬体系にして、給与や職員処遇を向上させ、支援者不足に歯止めをかけなければなりません。

【意見・提案の内容】

- ①物価高騰は依然として継続しており、施設の必要経費を圧迫しています。基本報酬の引き上げ又は、補助金を継続していく必要があります。
- ②処遇改善加算は、基本報酬の引き上げ又は、仕組みの簡略化を図り、更なる賃金上昇を行っていく必要があります。
- ③民間法人、事業者も様々な工夫を行って、採用に力を入れております。保育や介護に人が集まるよう給与、処遇面での改善が図れるようにする必要があります。

参考資料1

①各施設の利用状況(令和6年6月1日現在)

合計定員数	措置入所	契約入所	現員数
156名	119名	20名	139名

入所率 89%(措置86%、契約14%)

②在籍児童の年齢層

現員数	未就学児	幼稚園	小学生	中学生	高校生	過齢児
139名	13名	4名	48名	35名	36名	3名

幼児12%、小学生35%、中学生25%、高校生26%、過齢児2%

③主たる障害(令和6年6月1日現在)

現員数	肢体不自由	知的障害	発達障害		内重心認定	内医療ケア	医療ケアの内容
139名	71名	66名	2名		21名	5名	気管切開、ストマ、導尿、在宅酸素、I型糖尿病

④重複障害(主たる障害を除く、一人複数あり)

現員数	肢体不自由	知的障害	発達障害	てんかん	視覚障害	聴覚障害	膀胱直腸障害	愛着障害	解離性障害	小児慢性特定疾患
139名	3名	66名	25名	31名	7名	1名	2名	1名	1名	1名

参考資料2

⑤入所理由(措置入所)

現員数	身体的虐待	心理的虐待	ネグレクト	性的虐待	養育能力	ひとり親	介護負担	保護者死亡	外国の施設
119名	27名	3名	51名	0名	24名	5名	2名	1名	6名

虐待68%
養育困難32%

⑥入所理由(契約入所)

現員数	介護負担	養育能力	ひとり親	養育拒否	その他
20名	8名	4名	6名	1名	1名

養育困難100%

⑦入所前の所在

現員数	家庭一時保護	乳児院	児童養護	病院	他の福祉型	医療型	心理治療	小児慢性特定疾患
139名	74名	45名	6名	4名	2名	6名	1名	1名

⑧親と別れていて生活している兄弟姉妹(兄弟姉妹の数)

人数	児童養護	里親	他の福祉型	養子	GH	独立	一時保護	不明
30名	12名	4名	16名	3名	1名	1名	1名	1名

参考資料3

⑨通院の状況(令和4年度集計)

延べ人数	病院数	内片道1時間以上かかる通院延べ人数
1,687名	90か所	339名(20%)

⑩入院の状況(令和4年度集計)

延べ人数	延べ日数	入院理由
19名	455日間	声紋部癒着切除・尖足・胸膜筋・漏斗胸・側弯・膝ボルト固定手術、検査、インフルエンザ、自閉症スペクトラム障害、リハビリ、デスモイド腫瘍経過観察等

⑪専門職の配置状況(常勤換算人数)

施設名	看護師	心理担当	公認心理師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	ソーシャルワーカー	合計
精陽学園	3	1	0.1	1		0.1	1.8	7
ねむの木学園	1							1
四天王寺太子学園	2.6		1.1		0.1	0.2	1	5.1
おおぞらのいえ	2							2
はなのうら	1		1					2
合計	9.6	1	2.2	1	0.1	0.3	2.8	17.1

⑫職員採用の工夫

- ・学校訪問、講師派遣、実習生の受け入れ、友人紹介(紹介料支給)、奨学金の一部援助
- ・資格取得援助(講座料、受験料、交通費、合格祝い等)、進学援助、学生アルバイト雇用
- ・自己啓発費の支給(自主研修への参加、書籍等)、インターン、ジョブリターン
- ・基本給・手当の見直し

⑬児童の権利に関する条約(国連)

1994年(平成6年)5月22日

⑭障害児入所施設運営指針(厚生労働省社会・援護局)

2121年(令和3年)9月9日

⑮障害児入所施設の在り方に関する検討会報告書(厚生労働省社会・援護局)

2020年(令和2年)2月10日

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



公益社団法人全国脊髄損傷者連合会
代表理事 大濱 眞

公益社団法人全国脊髄損傷者連合会の概要

1. 沿革:

- 1959年10月 任意団体として設立
- 2002年 3月 社団法人に移行
- 2014年 4月 公益社団法人に移行

2. 活動目的及び主な活動内容:

本会は、脊髄損傷者及び障害者の権利を擁護し、自立と社会参加を支援するとともに、医療及び介護制度の充実を図り、これらの施策を総合的かつ計画的に推進する事業を行い、もって広く社会に貢献することを目的とする。

(1) ピアサポート等の障害福祉相談支援事業

- 脊髄損傷者ピアサポート事業(自賠責運用益拠出事業) …など

(2) 調査研究事業

(3) 情報提供事業

- 機関誌「月刊・脊損ニュース」の発行事業 …など

(4) 政策提言・要望活動事業

(5) 労災被災者等支援事業

(6) シンポジウム事業

(7) 脊髄損傷者の社会参加推進支援事業

- 内閣府・障害者政策委員会、厚生労働省・社会保障審議会障害者部会、国土交通省・移動等円滑化評価会議への出席 …など

(8) 障害者のスポーツの振興並びに余暇活動の支援事業

3. 団体加盟会員数: 都道府県支部38団体

4. 個人会員数: 1,300人(2023年3月現在)

5. 法人代表: 代表理事 大濱 眞

令和6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 質の向上	視点2 サービス 提供体制	視点3 持続 可能性	視点4 負担軽減 効率化
1. 支給決定を受けてもサービスを利用できない問題の対策	(1) 報酬改定率の確保	p4	✓	✓		
	(2) 重度訪問介護の本体報酬の引き上げ	p5	✓	✓		
2. 計画相談支援の収支の改善	(1) 計画相談支援の本体報酬の引き上げと主任相談支援専門員配置加算の見直し	p9	✓	✓		
	(2) モニタリング期間の法定化	p11	✓	✓		
	(3) 初回加算と退院・退所加算の引き上げ	p14	✓	✓		
	(4) ピアサポート体制加算とピアサポート実施加算の拡充	p15	✓	✓		
3. その他の事項	(1) 介護保険適用年齢に達した障害者の意向の尊重	p16	✓			
	(2) 居宅介護職員初任者研修等におけるウェブ会議システムを用いた講義の恒久化など	p18		✓		✓
	(3) 国庫負担基準額の引き上げ	p20		✓		
	(4) 重度訪問介護の熟練ヘルパーによる同行支援の改善	p21	✓	✓		
	(5) デジタル化を実現している事業所に対する加算の創設	p22			✓	✓
4. 現場で工夫している事例について	(1) ピアサポーター養成研修の実施	p23	✓			

1. 支給決定を受けてもサービスを利用できない問題の対策

(1) 報酬改定率の確保(予算案関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 慢性的な人手不足に加えて、近年の物価と人件費の高騰で、障害福祉サービスの現場は非常に疲弊している。
- その一方で、2022年8月の障害者権利条約の対日審査を経て、9月には総括所見が公表され、国内制度の抜本的な見直しが迫られている。
- こうしたなかで、サービス提供の基盤を整備し、質を向上させ、重度な障害があっても安心して地域で暮らせるようにするために、報酬改定を通じてそのビジョンを示すことが重要である。

【意見・提案の内容】

- 障害福祉サービスに山積する課題を解決するため、大幅なプラスの改定率を確保すべきである。

1. 支給決定を受けてもサービスを利用できない問題の対策

(2) 重度訪問介護の本体報酬の引き上げ(報酬告示関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 訪問系サービス(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護)の事業所は、限られた給与費を数多くの非常勤職員に配分していることから、常勤職員になっても時給が上がらないという特徴がある(→p7)。
- こうしたことから、現場が疲弊するばかりで、重度障害者に対応できる人材が質と量の両面で不足している。この結果、サービス利用の申込みに対して個々の事業所が十分に対応することができずに、サービス提供体制が整備されていない。
- その一方で、これまでも重度訪問介護については、区分6の障害者に対する加算の引き上げ(7.5%→8.5%)や特定事業所加算の創設などの措置が講じられてきた。また、たとえば福祉・介護職員等特定処遇改善加算では「経験・技能のある障害福祉人材」に着目した処遇改善が実施されている(→p8)。しかし、これらの施策でも十分な効果が挙がっていない。
- さらに、処遇改善については、3つの加算が創設されたことで事業所の事務量が増大していることも否定できない。

令和6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)

【意見・提案の内容】

- 個々の事業所が、重度障害者に対応できる人材を腰を据えて涵養できるように、重度訪問介護の本体報酬を大幅に引き上げるべきである。
- 毎年3%ずつの賃上げを念頭に、引き上げ幅は9%以上に設定すべきである。
 - 例: 重度訪問介護 日中1.0時間
 - 区分4～区分5 現行185単位(≒1,850円) → 202単位(≒2,020円)
 - 区分6 現行201単位(≒2,010円) → 219単位(≒2,190円)
 - 重度包括対象者 現行213単位(≒2,130円) → 232単位(≒2,320円)
- なお、引き上げの所要額は、報酬改定率0.32ポイント分と推計される。
 - 2022年12月サービス提供分の重度訪問介護の費用額108億円のうち、本体報酬の引き上げの影響を受ける額は費用額の107億円(98.7%)
※本体報酬、特定事業所加算、特別地域加算、処遇改善加算、特定処遇改善加算、ベースアップ等支援加算
 - 2021年度の重度訪問介護の費用額1129億円 × 98.7% × 引き上げ9% = 100億円
 - 引き上げ100億円 ÷ 2021年度の総費用額3兆1792億円 = 0.32%

【参考資料】訪問系サービスの事業所の特徴

● 訪問系サービスの事業所の特徴

- 非常勤職員の割合が多く、実労働時間が短い。
- 常勤職員の割合が少なく、実労働時間が長い。
- 平均給与額を実労働時間で除した時給換算は、非常勤職員よりも常勤職員の方が安い(常勤職員になっても時給が上がらない)。

令和3年度 障害福祉サービス等従事者 処遇状況等調査	事業所数	常勤職員				非常勤職員				常勤と非常勤の比較	
		職員数 ①	実労働時間 ②	平均給与額 ③	時給換算 ④=③÷②	職員数 ⑤	実労働時間 ⑥	平均給与額 ⑦	時給換算 ⑧=⑦÷⑥	時給換算 ④÷⑧	職員数 ①÷(①+⑤)
全体	5,601	9,904	162.9	308,760	1,895	3,312	64.5	105,560	1,637	1.16	74.9%
居宅介護	323	439	168.4	289,510	1,719	492	54.1	97,800	1,808	0.95	47.2%
重度訪問介護	315	363	170.8	310,470	1,818	395	57.3	107,440	1,875	0.97	47.9%
同行援護	328	300	163.8	295,780	1,806	385	57.8	103,870	1,797	1.00	43.8%
行動援護	282	397	168.8	306,100	1,813	268	53.1	107,190	2,019	0.90	59.7%
療養介護	102	193	153.0	359,010	2,346	18	96.7	285,050	2,948	0.80	91.5%
生活介護	336	876	163.1	306,140	1,877	248	70.0	95,520	1,365	1.38	77.9%
短期入所	312	1,051	162.9	336,420	2,065	128	65.5	91,610	1,399	1.48	89.1%
重度障害者等包括支援	5	13	166.2	321,560	1,935	1	48.0	60,580	1,262	1.53	92.9%
施設入所支援	304	1,132	161.1	352,590	2,189	80	83.4	122,560	1,470	1.49	93.4%
自立訓練(機能訓練)	88	133	159.1	325,850	2,048	39	74.9	138,750	1,852	1.11	77.3%
自立訓練(生活訓練)	257	249	163.1	300,360	1,842	77	69.3	101,610	1,466	1.26	76.4%
就労移行支援	344	601	160.1	290,510	1,815	99	75.8	118,110	1,558	1.16	85.9%
就労継続支援A型	338	507	162.2	260,570	1,606	63	82.7	118,510	1,433	1.12	88.9%
就労継続支援B型	351	748	161.4	276,320	1,712	152	79.3	101,440	1,279	1.34	83.1%
共同生活援助(介護サービス包括型)	339	567	163.1	287,120	1,760	319	65.9	106,760	1,620	1.09	64.0%
共同生活援助(日中サービス支援型)	74	162	166.2	291,040	1,751	70	74.5	122,640	1,646	1.06	69.8%
共同生活援助(外部サービス利用型)	238	212	159.3	248,440	1,560	111	73.7	97,240	1,319	1.18	65.6%
児童発達支援	338	635	163.4	284,970	1,744	142	72.3	94,990	1,314	1.33	81.7%
医療型児童発達支援	58	35	152.2	342,260	2,249	11	87.0	190,940	2,195	1.02	76.1%
放課後等デイサービス	349	399	165.7	272,630	1,645	146	65.5	85,000	1,298	1.27	73.2%
居宅訪問型児童発達支援	51	27	163.0	354,710	2,176	7	62.7	113,540	1,811	1.20	79.4%
保育所等訪問支援	249	170	161.8	331,560	2,049	23	75.2	141,280	1,879	1.09	88.1%
福祉型障害児入所施設	140	512	164.2	355,980	2,168	24	80.4	126,490	1,573	1.38	95.5%
医療型障害児入所施設	80	183	152.9	379,440	2,482	14	85.1	257,810	3,029	0.82	92.9%

【参考資料】重度訪問介護の報酬算定構造

- 重度訪問介護も、他のサービス類型と同様に、累次の報酬改定で多くの加算が設けられている。

2006年10月の報酬算定構造

2022年10月の報酬算定構造

2 重度訪問介護サービス費

重度訪問介護

基本部分	注 重度障害者等の場合	注 障害程度区分6に該当する場合	注 2人の重度訪問介護従業者による場合	注 夜間もしくは早朝の場合又は深夜の場合
イ 1時間未満 (160単位)	+15/100	+75/1000	×200/100	夜間もしくは早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100
ロ 1時間以上2時間未満 (320単位)				
ハ 2時間以上3時間未満 (480単位)				
ニ 3時間以上4時間未満 (640単位)				
ホ 4時間以上5時間未満 (790単位)				
ヘ 5時間以上6時間未満 (940単位)				
ト 6時間以上7時間未満 (1,090単位)				
チ 7時間以上8時間未満 (1,240単位)				
リ 8時間以上12時間未満 (1,392単位に1時間を増すごとに+152単位)				
ヌ 12時間以上16時間未満 (1,591単位に1時間を増すごとに+143単位)				
ル 16時間以上20時間未満 (2,572単位に1時間を増すごとに+152単位)				
ヲ 20時間以上24時間未満 (3,171単位に1時間を増すごとに+143単位)				
移動介護加算				
イ 1時間未満 (1回につき 100単位を加算)				
ロ 1時間以上2時間未満 (1回につき 150単位を加算)				
ハ 2時間以上3時間未満 (1回につき 200単位を加算)				
ニ 3時間以上 (1回につき 250単位を加算)				
利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)	(1回につき 150単位を加算)			

○重度訪問介護サービス費

基本部分	注 重度障害者等の場合	注 障害程度区分6に該当する場合	注 2人の重度訪問介護従業者による場合	注 夜間もしくは早朝の場合又は深夜の場合	注 323以上利用時	注 障害支援策等による加算	注 特定事業等による加算	注 特別支援等による加算	注 特定事業等による加算	注 特定事業等による加算	注 特定事業等による加算	注 特定事業等による加算	注 特定事業等による加算	注 特定事業等による加算	注 特定事業等による加算
イ 1時間未満 (160単位)	+15/100	+75/1000	×200/100	夜間もしくは早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100	+15/100	+15/100	+200/100	+15/100	+15/100	+15/100	+15/100	+15/100	+15/100	+15/100	+15/100
ロ 1時間以上2時間未満 (320単位)															
ハ 2時間以上3時間未満 (480単位)															
ニ 3時間以上4時間未満 (640単位)															
ホ 4時間以上5時間未満 (790単位)															
ヘ 5時間以上6時間未満 (940単位)															
ト 6時間以上7時間未満 (1,090単位)															
チ 7時間以上8時間未満 (1,240単位)															
リ 8時間以上12時間未満 (1,392単位に1時間を増すごとに+152単位)															
ヌ 12時間以上16時間未満 (1,591単位に1時間を増すごとに+143単位)															
ル 16時間以上20時間未満 (2,572単位に1時間を増すごとに+152単位)															
ヲ 20時間以上24時間未満 (3,171単位に1時間を増すごとに+143単位)															
移動介護加算															
イ 1時間未満 (1回につき 100単位を加算)															
ロ 1時間以上2時間未満 (1回につき 150単位を加算)															
ハ 2時間以上3時間未満 (1回につき 200単位を加算)															
ニ 3時間以上 (1回につき 250単位を加算)															
利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)	(1回につき 150単位を加算)														

2. 計画相談支援の収支の改善

(1) 計画相談支援の本体報酬の引き上げと主任相談支援専門員配置加算の見直し (報酬告示関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 計画相談支援は、累次の報酬改定にもかかわらず、一貫して収支差率が低い(→p12)。
- 相談支援の意義については報酬改定検討チームでも共有され、2021年の報酬改定でも大幅な見直しが行われた。しかし、2022年12月サービス提供分では、機能強化型サービス利用支援費や機能強化型継続サービス利用支援費のⅠ～Ⅳを算定している事業所は、全体の24.8%に過ぎない。
- また、同時に創設された主任相談支援専門員配置加算については、単位数が100単位/月に抑えられている。
- この結果、障害福祉サービス等経営概況調査における収支差率は、2020年度決算の△1.3%から2021年度決算の+0.3%への改善にとどまっている。
- また、計画相談支援の本体報酬は障害児相談支援に比べても低く設定されている(→p13)。しかし、全身性障害のある障害児が利用できる訪問系サービスが短時間型の居宅介護だけであるのに対して、大人の障害者には連続長時間型の重度訪問介護もあり、むしろ大人の障害者の方が計画作成やモニタリングに労力を要するケースが多い。

【意見・提案の内容】

- 相談支援の意義を踏まえ、また、計画相談支援の収支を抜本的に改善する施策として、計画相談支援の本体報酬を引き上げ、少なくとも障害児相談支援と同水準とすべきである。
- なお、引き上げの所要額は、報酬改定率0.15ポイント分と推計される。
 - 2021年度の計画相談支援の利用者1人あたり費用額は15,638円/月
 - 2021年度の障害児相談支援の利用者1人あたり費用額は17,516円/月
 - $17,516円 \div 15,638円 = 引き上げ12.0\%$
 - $2021年度の計画相談支援の費用額400億円 \times 引き上げ12.0\% = 48億円$
 - $引き上げ48億円 \div 2021年度の総費用額3兆1792億円 = 0.15\%$
- また、主任相談支援専門員配置加算については員数に応じた加算とすべきである。

2. 計画相談支援の収支の改善

(2) モニタリング期間の法定化(施行規則関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 計画相談支援の収支差率は、介護保険の居宅介護支援の+4.0%に比べても著しく低い(→p12)。
- また、計画相談支援のモニタリング期間は市町村が定めることとされている。しかし、国は、地域で暮らす障害者について、標準期間を3カ月と定めている。このため、毎月モニタリングを受けている障害者は、全体の5.3%前後で推移している。

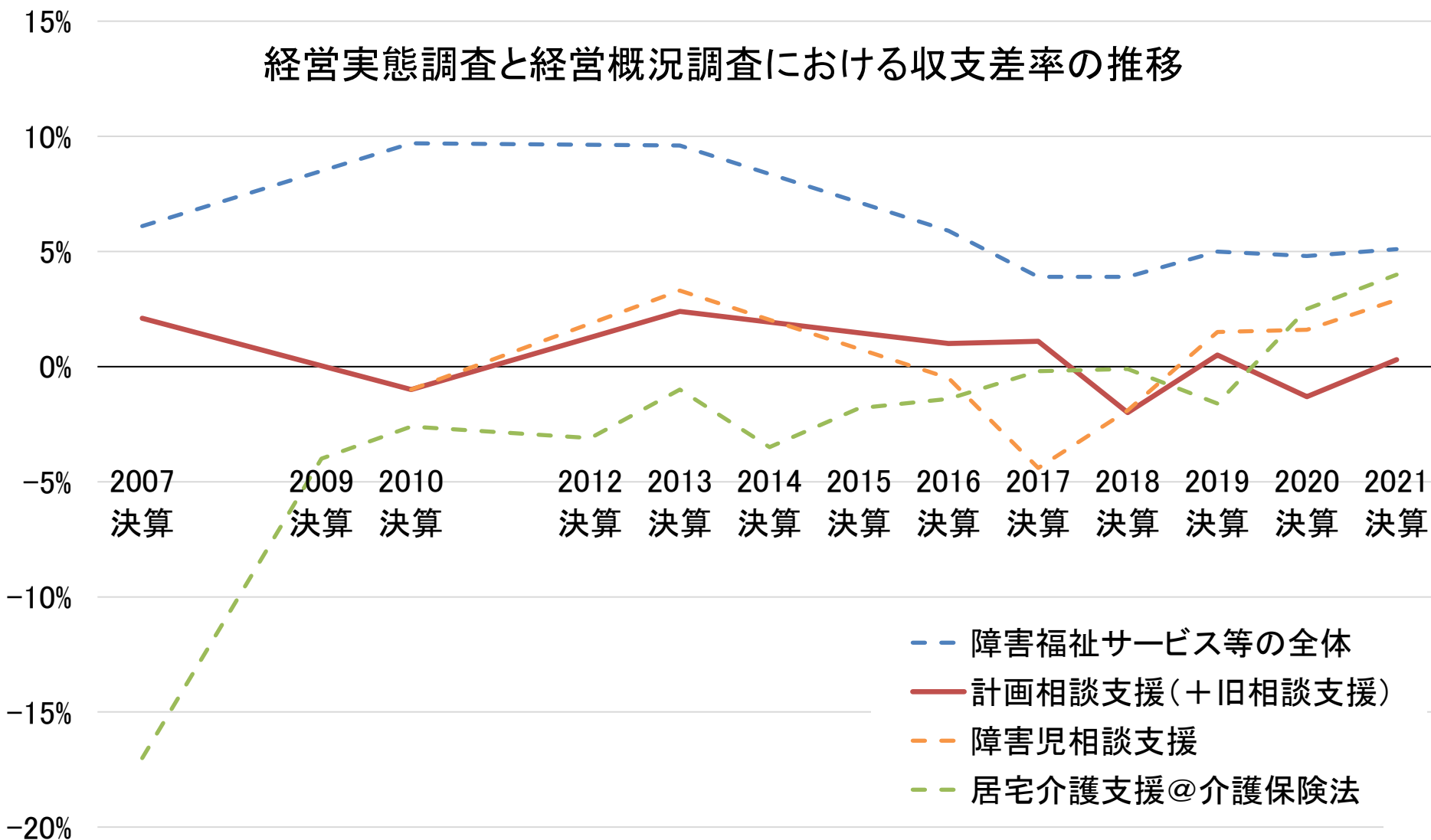
【意見・提案の内容】

- 地域で暮らす障害者については、モニタリング期間を市町村が定めるのではなく、モニタリングを毎月実施するように障害者総合支援法施行規則を改正すべきである。

【参考資料】計画相談支援の収支差率の推移

- 2021年の報酬改定で障害児相談支援や居宅介護支援の収支差が改善しているのに対して、計画相談支援は+0.3%にとどまっている。

経営実態調査と経営概況調査における収支差率の推移



【参考資料】計画相談支援の基本報酬＋主任相談支援専門員配置加算

- 計画相談支援の基本報酬は、障害児相談支援に比べて10%ほど低く設定されている。
- 計画相談支援や障害児相談支援は、居宅介護支援に比べてモニタリングの回数が少ない(報酬を算定する機会が少ない)。

常勤専従	計画相談支援 (障害者総合支援法)		障害児相談支援 (児童福祉法)		居宅介護支援 (介護保険法)	
	機能強化型 主任配置加算	計画作成 モニタリング	機能強化型 主任配置加算	計画作成 モニタリング	居宅介護支援費 I-i 特定事業所加算 I	要介護3~5 要介護1~2
5名以上		1,964単位		2,127単位		1,903単位
4名以上		1,713単位		1,824単位	居宅介護支援費 I-i 特定事業所加算 II	1,581単位 1,805単位 1,483単位
3名以上	機能強化型 II 主任配置加算	計画作成 1,864単位 モニタリング 1,613単位	機能強化型 II 主任配置加算	計画作成 2,027単位 モニタリング 1,724単位	居宅介護支援費 I-i 特定事業所加算 III	要介護3~5 1,707単位 要介護1~2 1,385単位
2名以上	機能強化型 III 主任配置加算	計画作成 1,772単位 モニタリング 1,510単位	機能強化型 III 主任配置加算	計画作成 1,942単位 モニタリング 1,627単位	居宅介護支援費 I-i 特定事業所加算 A	要介護3~5 1,498単位 要介護1~2 1,176単位
1名以上	機能強化型 IV 主任配置加算	計画作成 1,722単位 モニタリング 1,460単位	機能強化型 IV 主任配置加算	計画作成 1,892単位 モニタリング 1,576単位	居宅介護支援費 I-i 特定事業所加算なし	要介護3~5 1,398単位 要介護1~2 1,076単位
条件なし	機能強化なし 主任配置なし	計画作成 1,522単位 モニタリング 1,260単位	機能強化なし 主任配置なし	計画作成 1,692単位 モニタリング 1,376単位		
モニタリング 回数	年平均3.3回 (2022年3月)		年平均2.7回 (2022年3月)		年12回 (基準省令第13条第14号)	

2. 計画相談支援の収支の改善

(3) 初回加算と退院・退所加算の引き上げ(報酬告示関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 計画相談支援では、親元から1人暮らしへの移行、入所施設や医療機関からの地域移行などの際に、特に労力を要する。
- 2021年の報酬改定では、初回加算を最大3ヵ月分まで算定できるように見直された。しかし、計画相談支援の初回加算は300単位/月、障害児相談支援も500単位/月に抑えられている。
- また、退院・退所加算も最大3ヵ月分まで算定できるが、計画相談支援も障害児相談支援も200単位/月に抑えられている。こうしたこともあって、2022年12月サービス提供分では、計画相談支援の退院・退所加算は全国で145,000円、障害児相談支援では4,000円しか算定されていない。
- 2022年9月の総括所見では、条約第19条について非常に厳しい勧告を受けている。しかし、地域移行支援は、事業所数318ヵ所、利用者数587名に伸び悩んでいる。

【意見・提案の内容】

- 障害者の地域移行と地域生活を推進する観点から、計画相談支援の初回加算と退院・退所加算を大幅に引き上げるべきである。
- 特に初回加算については、単位数を1,000単位/月に引き上げるべきである。

2. 計画相談支援の収支の改善

(4) ピアサポート体制加算とピアサポート実施加算の拡充(報酬告示関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 障害者相談支援事業の実施状況等に関する2022年調査によると、全国11,472カ所の指定特定相談支援事業所や指定障害児相談支援事業所に配置されているピアサポーターは、638人に過ぎない。このため、2022年12月サービス提供分では、ピアサポート体制加算を算定している計画相談支援事業所は、全体の1.2%に過ぎない。
- 障害者がピアサポーターとして事業所に雇用されるようになれば、就労を通じた社会参加の推進に大きく寄与する可能性がある。

【意見・提案の内容】

- 計画相談支援の収支を改善させる施策の1つとして、ピアサポート体制加算を現行の100単位/月から300単位/月に引き上げるべきである。
- また、ピアサポートの体制整備を促進するために、ピアサポーターの員数に応じた加算とすべきである。
- さらに、障害児相談支援、地域相談支援、自立生活援助、就労継続支援B型のピアサポート体制加算やピアサポート実施加算についても、同様の措置を講ずるべきである。

3. その他の事項

(1) 介護保険適用年齢に達した障害者の意向の尊重(適用関係通知関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 障害者総合支援法第7条および同法施行令第2条は、介護保険法に基づく給付などと障害者総合支援法に基づく自立支援給付との適用関係を規定している。
- 一方、2007年の適用関係通知の発出、2015年の事務連絡の発出、2018年の法改正による利用者負担の償還払い、2018年の報酬改定による共生型サービスの創設などの措置を講じていただいている。
- たとえば適用関係通知では、障害者の意向の確認が明記されている。
 - 「したがって、市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容(利用意向)を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること」
- しかし、当会の会員からは、今なお次のような声が多く聞かれる。
 - 65歳になった途端に介護保険を適用され、身体介護はひと月90時間が限度となってしまった。
 - 介護保険の通所施設であれば入浴介護が受けられると、安易に介護保険を適用してしまったため、障害福祉サービスのホームヘルプサービスが受けられなくなり、生活が成り立たなくなった。
 - 利用者負担で生活に大きな影響が生じている。

令和6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)

- 市町村職員の訪問や電話などで、毎月のように介護保険の申請勧奨を受ける。
- 一度、介護保険サービスの適用を受けると、障害福祉サービスに切り替えることができなくなる。
- 65歳以降も介護保険を使わずに済むか否かが「市町村との交渉次第」というのは、福祉における「平等の精神」に欠けているのではないか。
- 介護保険の介護支援専門員が適用関係通知を理解していない場合があり、介護支援専門員の更新研修などで周知を図る必要がある。

【意見・提案の内容】

- 介護保険適用年齢の障害者について、介護保険サービスを受けることなく障害福祉サービスの利用を継続する、現在利用している介護保険サービスをやめて障害福祉サービスに一本化する、などの意向が最大限に尊重されるように、国から市町村に通知すべきである。
- また、介護保険適用年齢の障害者について、介護保険の上乗せを含めて障害福祉サービスが適切に利用できるように、国から市町村に通知して徹底すべきである。特に特定疾病で40歳～64歳の障害者が、障害福祉サービスのみの対象者と同水準のサービスが受けられるように通知すべきである。
- さらに、将来的にはいわゆる「優先原則」を法令から廃止し、介護保険法の給付と障害者総合支援法の自立支援給付の選択制を導入すべきである。

3. その他の事項

(2) 居宅介護職員初任者研修等におけるウェブ会議システムを用いた講義の恒久化など
(平成19年障発第0130001号 / 平成24年社援発0330第43号関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 新規に採用されたヘルパーが、速やかに訪問系サービスの資格研修を修了して、1日でも早くサービス提供をスタートさせることは、慢性的な人手不足の解消、業務効率化、障害者の生活の安定の観点から、きわめて重要である。この点で、ウェブ会議システムによる講義の実施は有効である。
- 居宅介護職員初任者研修等(重度訪問介護従業者養成研修など)については、従来から講義を「通信の方法」で実施することが可能であったが、これは通信教材(テキストなど)を使用して実施することを想定していた。このため、面接指導を必ず実施しなければならないこととされている。
- 一方、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、2020年5月27日の事務連絡により、一定の条件の下で演習についても「通信の方法」(この場合はウェブ会議システムを想定)で実施することが認められるようになった。これを契機に、講義についても、研修会場に集まることなくウェブ会議システムだけで実施することを認める運用が行われている。
- なお、2023年4月28日の事務連絡でも、「通信の方法」による演習の実施に関する取扱いを当面の間継続する方針が示されている。
- また、喀痰吸引等研修についても、2020年4月24日の事務連絡により、基本研修の講義については「通信・遠隔研修」が認められている。

令和6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)

【意見・提案の内容】

- 喀痰吸引等に対応した重度訪問介護従業者養成研修統合課程を含めて、居宅介護職員初任者研修等の講義を、研修会場に集まることなくウェブ会議システムだけで実施できる取扱いを恒久化すべきである。
- 併せて、喀痰吸引等研修の基本研修の講義についても、ウェブ会議システムで実施できる取扱いを恒久化すべきである。
- さらに、喀痰吸引等研修(特に第三号研修)の基本研修の演習についても、実地研修と同様に、障害者の自宅で、本人の喀痰吸引等に慣れた訪問看護師などが講師を務めることによって、研修会場に集まることなく実施できる取扱いとすべきである。

重度訪問介護従業者養成研修統合課程	講義	重度の肢体不自由者の地域生活等に関する講義	2.0時間
		基礎的な介護技術に関する講義	1.0時間
		コミュニケーションの技術に関する講義	2.0時間
		喀痰吸引を必要とする重度障害者の障害と支援に関する講義・緊急時の対応及び危険防止に関する講義①	3.0時間
		経管栄養を必要とする重度障害者の障害と支援に関する講義・緊急時の対応及び危険防止に関する講義②	3.0時間
	演習	喀痰吸引等に関する演習	1.0時間
	実習	基礎的な介護と重度の肢体不自由者とのコミュニケーションの技術に関する実習	3.0時間
		外出時の介護技術に関する実習	2.0時間
		重度の肢体不自由者の介護サービス提供現場での実習	3.5時間
(上記とは別に、喀痰吸引等研修の実地研修を実施)			

重訪研修統合課程
の場合はこのコマ
(シミュレーター演習)

3. その他の事項

(3) 国庫負担基準額の引き上げ(平成18年厚労省告示第530号関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 訪問系サービスの国庫負担基準については、これまで何度も対策が講じられ、また、報酬改定と同時に基準額も引き上げられてきた。
- しかし、65歳以上の利用者の増加、障害の重度化、それに伴う利用時間数の増加などの事情もあり、給付費が基準額を超過する市町村は解消されていない。

【意見・提案の内容】

- 国庫負担基準額を大幅に引き上げるべきである。
- 将来的には国庫負担基準を廃止して、市町村が支弁した訪問系サービスの給付費の全額を国庫負担の対象とすべきである。

2003年	<ul style="list-style-type: none"> ● 支援費制度の施行に際して「上限問題」 ● 国庫補助基準の制度化
2006年	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害者自立支援法の施行によって訪問系サービスが義務的経費化 ● 都道府県地域生活支援事業で「重度障害者に係る市町村特別支援事業」
2009年	<ul style="list-style-type: none"> ● 基金事業で「重度訪問介護等の利用促進に係る市町村支援事業」
2015年	<ul style="list-style-type: none"> ● 国庫負担基準額に嵩上げ制度を導入
2018年	<ul style="list-style-type: none"> ● 支給決定者数と重度率に応じた嵩上げ率を設定

3. その他の事項

(4) 重度訪問介護の熟練ヘルパーによる同行支援の改善(報酬告示関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 重度訪問介護では、2018年の報酬改定で「熟練した重度訪問介護従業者による同行支援」が創設され、従来の2人介護とは別に、熟練ヘルパーと新人ヘルパーが2人1組でサービスを提供したときも、事業者は2人分の報酬を算定できるようになった。しかし、算定できる報酬額は、2人介護に対して15%減算(ヘルパー2人で170%)で設定され、低く抑えられている。
- また、同行支援を算定できる新人ヘルパーについては、採用から6カ月以内という条件が設定されている。しかし、採用から1年以上が経過したヘルパーであっても、医療的ケアを必要とする重度障害者に初めてサービスを提供するときには、長期間にわたるOJTが必要となる場合が多い。むしろ、採用から6カ月以内の新人ヘルパーが、医療的ケアを必要とする重度障害者にサービスを提供することは、非常に稀である。

【意見・提案の内容】

- 同行支援の減算率を緩和して事業者報酬を引き上げるべきである。
- また、重度障害者等包括支援の対象者(重度訪問介護の15%加算の対象者)については、採用から6カ月以内という新人ヘルパーの条件を撤廃すべきである。

3. その他の事項

(5) デジタル化を実現している事業所に対する加算の創設(報酬告示関連)

【意見・提案を行う背景、論拠】

- たとえば訪問系サービスの場合、居宅介護計画、サービスの提供の記録、出勤簿、実績記録票などの書類の作成と保管のデジタル化は、業務効率の向上に効果がある。
- また、たとえば各事業所が保管するサービスの提供の記録を、将来的にビッグデータとして集約し分析することで、どのような支援が「良い支援」なのか、どのような支援が効率的で効果的なのか、などの問いに答えを導き出すことができる可能性を秘めている。その際に、サービスの提供の記録などがあらかじめデジタル化されていると、スムーズなデータ分析に繋げることができる。
- その一方で、デジタル化の実現には多くの導入費用を要する。

【意見・提案の内容】

- 書類の作成と保存のデジタル化を実現している事業所を対象とした加算を設けるべきである。

4. 現場で工夫している事例について

(1) ピアサポーター養成研修の実施

- 主催 公益社団法人全国脊髄損傷者連合会
- 企画 全脊連ピアサポートWG
- 主管 全脊連の各ブロック会(北海道東北、関東甲信、北越、近畿東海、中四国、九州)
- 目的
 - 多様な障害特性や、障害者のサービスに関する総合的な知識、相談援助技術を学び、同じ障害を持つ者どうしによる相談活動(ピアサポート)の担い手となる「ピアサポーター」の人材育成を目的に開催。
 - 併せて、ピアサポート体制加算およびピアサポート実施加算の算定要件である「準ずる研修」に位置づけることも企図。

年度	開催日	主管ブロック会	開催形態	団体内受講者	外部受講者	受講者合計	修了者合計
2021	02/05土	中四国	ウェブ会議システム	6名	0名	6名	6名
	02/20日	九州+近畿東海	ウェブ会議システム	21名	0名	21名	17名
	02/26土	北海道東北	ウェブ会議システム	13名	3名	16名	15名
2022	05/21土	北海道東北	ハイブリッド	2名	20名	22名	22名
	09/03土	北海道東北	ウェブ会議システム	0名	9名	9名	9名
	10/02日	北越	会場	13名	0名	13名	12名
	11/05土	北海道東北	ハイブリッド	0名	7名	7名	7名
				55名	39名	94名	88名