

# 社会保障審議会障害者部会 次 第（第25回）

平成17年4月26日（火）  
10:00～12:30  
於：厚生労働省17階 専用第18,19,20会議室

## 1. 開 会

## 2. 議 事

- (1) 障害者自立支援法案に係る準備状況等について
- (2) 心神喪失者等医療観察法の施行準備状況等について
- (3) 心神喪失者等医療観察法下の行動制限等に関する告示について（諮問）
- (4) その他

## 3. 閉 会

### 資料一覧

- 資料1 障害者自立支援法案の概要及び施行スケジュールについて
  - 資料2-1 障害者自立支援法案における支給決定・サービス利用プロセスについて
  - 資料2-2 障害程度区分判定等試行事業実施要綱（案）
  - 資料2-3 障害者に対する要介護認定基準の有効性について
  - 資料3 福祉サービスの利用者負担
  - 資料4 公費負担医療の利用者負担
  - 資料5 心神喪失者等医療観察法の施行準備状況等について
  - 資料6 諮問書
  - 資料7 心神喪失者等医療観察法下の行動制限等に関する告示について
  - 資料8 障害者虐待防止についての勉強会
  - 資料9 障害者自立支援法案に関する国会での議論の状況について（要約）
- 参考資料 「精神障害者の社会復帰の明日を語る会」について

# 社会保障審議会障害者部会

(敬称略、五十音順)

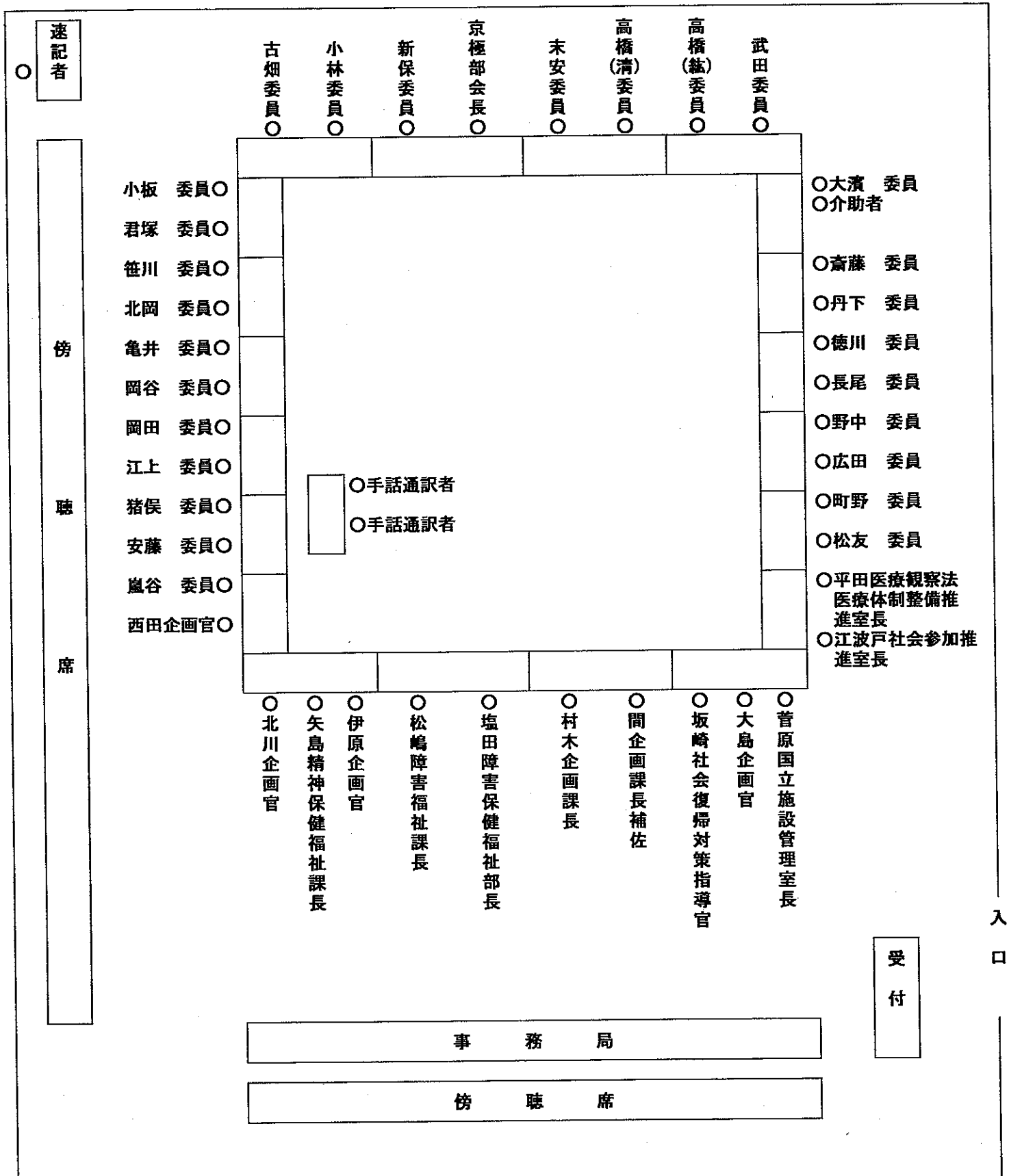
(平成17年4月26日現在)

氏名	役職
嵐谷 安雄	(福) 日本身体障害者団体連合会理事
安藤 豊喜	(財) 全日本聾唖連盟理事長
猪俣 好正	(社) 全国自治体病院協議会精神科特別部会部会長
江上 義盛	(財) 全国精神障害者家族会連合会専務理事
大濱 眞	全国脊髄損傷者連合会副理事長
岡田 喜篤	川崎医療福祉大学学長
岡谷 恵子	(社) 日本看護協会専務理事
亀井 利克	名張市長
北岡 賢剛	滋賀県社会福祉事業団企画事業部長
君塚 葵	全国肢体不自由児施設運営協議会会長
◎ 京極 高宣	国立社会保障・人口問題研究所所長
小坂 孫次	(財) 日本知的障害者福祉協会会長
古畑 英雄	かながわ福祉サービス運営適正化委員会事務局次長
小林 秀資	(財) 長寿科学振興財団理事長
斎藤 公生	全国社会就労センター協議会会長
笹川 吉彦	(福) 日本盲人会連合会長
新保 祐元	(福) 全国精神障害者社会復帰施設協会理事長
末安 民生	(社) 日本精神科看護技術協会第2副会長
高橋 清久	国立精神・神経センター名誉総長
高橋 紘士	立教大学コミュニティ福祉学部教授
武田 牧子	(福) 桑友理事長
丹下 一男	(NPO) 障害者雇用部会顧問
堂本 暁子	千葉県知事
徳川 輝尚	全国身体障害者施設協議会会長
長尾 卓夫	(社) 日本精神科病院協会副会長
野中 博	(社) 日本医師会常任理事
広田 和子	精神医療サバイバー
福島 智	東京大学先端科学技術研究センター助教授
町野 朔	上智大学法学部教授
松友 了	(福) 全日本手をつなぐ育成会常務理事

◎ : 部会長

# 社会保障審議会障害者部会(第25回)

日時：平成17年4月26日(火)午前10時～12時30分  
 場所：厚生労働省17階専用第18,19,20会議室



# 障害者自立支援法案の概要

障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関係法律について所要の改正を行う。

## 1 障害者自立支援法による改革のねらい

### 1 障害者の福祉サービスを「一元化」

(サービス提供主体を市町村に一元化。障害の種類(身体障害、知的障害、精神障害)にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供。)

### 2 障害者がもっと「働ける社会」に

(一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるよう、福祉側から支援。)

### 3 地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」

(市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和する。)

### 4 公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」

(支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化、明確化する。)

### 5 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化

#### (1) 利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」

(障害者が福祉サービス等を利用した場合に、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求める。この場合、適切な経過措置を設ける。)

#### (2) 国の「財政責任の明確化」

(福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改める。)

## 障害者自立支援法

(障害種別にかかわりのない共通の給付等に関する事項について規定)

身体障害者福祉法	知的障害者福祉法	精神保健福祉法	児童福祉法
・身体障害者の定義 ・福祉の措置 等	・福祉の措置 等	・精神障害者の定義 ・措置入院等 等	・児童の定義 ・福祉の措置 等

## **2 法案の概要**

### **(1) 給付の対象者**

- ・ 身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児

### **(2) 給付の内容**

- ・ ホームヘルプサービス、ショートステイ、入所施設等の介護給付費及び自立訓練(リハビリ等)、就労移行支援等の訓練等給付費(障害福祉サービス)
- ・ 心身の障害の状態の軽減を図る等のための自立支援医療(公費負担医療) 等

### **(3) 給付の手続き**

- ・ 給付を受けるためには、障害者又は障害児の保護者は市町村等に申請を行い、市町村等の支給決定等を受ける必要があること。
- ・ 障害福祉サービスの必要性を明らかにするため、市町村に置かれる審査会の審査及び判定に基づき、市町村が行う障害程度区分の認定を受けること。
- ・ 障害者等が障害福祉サービスを利用した場合に、市町村はその費用の100分の90を支給すること。(残りは利用者の負担。利用者が負担することとなる額については、所得等に応じて上限を設ける。)

### **(4) 地域生活支援事業**

- ・ 市町村又は都道府県が行う障害者等の自立支援のための事業(相談支援、移動支援、日常生活用具、手話通訳等の派遣、地域活動支援等)に関すること。

### **(5) 障害福祉計画**

- ・ 国の定める基本指針に即して、市町村及び都道府県は、障害福祉サービスや地域生活支援事業等の提供体制の確保に関する計画(障害福祉計画)を定めること。

### **(6) 費用負担**

- ・ 市町村は、市町村の行う自立支援給付の支給に要する費用を支弁すること。
- ・ 都道府県は、市町村の行う自立支援給付の支給に要する費用の四分の一を負担すること。
- ・ 国は、市町村の行う自立支援給付の支給に要する費用の二分の一を負担すること。
- ・ その他地域生活支援事業に要する費用に対する補助に関する事項等を定めること。

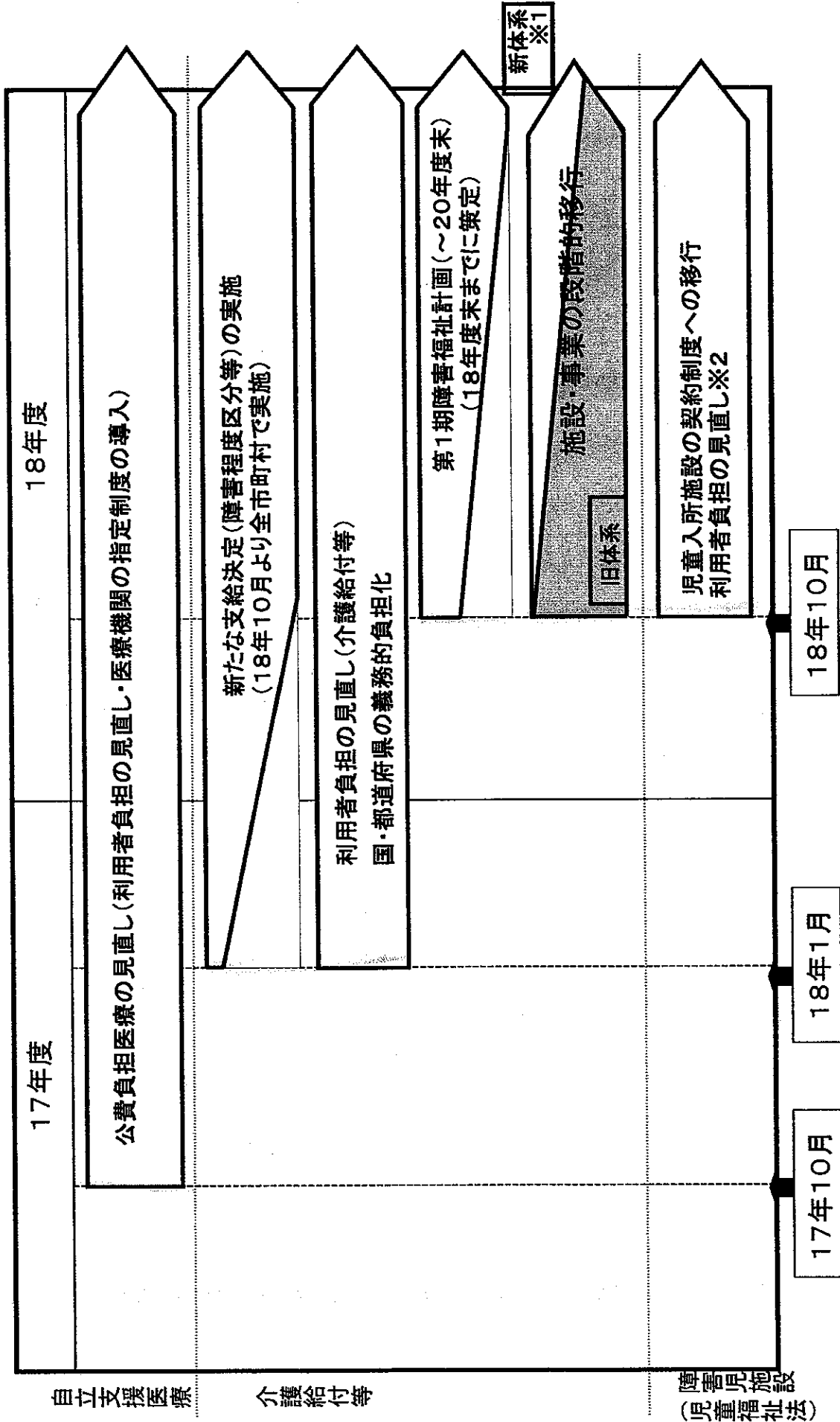
### **(7) その他**

- ・ 附則において利用者負担を含む経過措置を設ける。
- ・ 附則において精神保健福祉法をはじめとする関係法律について所要の改正を行う。

## **3 施行期日**

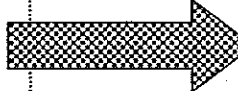
- 利用者負担の見直しに関する事項のうち自立支援医療(公費負担医療)にかかるもの 平成17年10月
- 新たな利用手続き、国等の負担(義務的負担化)に関する事項、利用者負担の見直しに関する事項のうち障害福祉サービスにかかるもの等 平成18年1月
- 新たな施設・事業体系への移行に関する事項等 平成18年10月

# 障害者自立支援法案の施行スケジュール(案)



※1 施行後概ね5年間(平成24年3月末までの政令で定める日までの間)で移行。  
 ※2 児童入所施設の利用事務の市町村移譲及び施設再編については、概ね5年後の施行を目的に3年以内に結論を得る。

今後の支給決定関係等のスケジュールについて

年月日	支給決定関係	報酬・基準関係	障害福祉計画関係	
平成17年	5月	障害程度区分認定試行事業（～7月）	全国のサービス利用実態把握（～6月）	
	7月			
	秋～冬	障害程度区分ほか 新支給決定手続の提示 障害程度区分の認定等 に係る自治体研修の実施	経営実態調査・集計（～9月予定） 新たなサービス・事業体系 （報酬・運営基準）の基本骨格の作成  順次提示 	国の基本指針の提示
平成18年	1月	市町村審査会の設置及び 新支給決定手続の運用開始（～9月）	新体系に係る運営基準・報酬告示（予定）  新運営基準及び新報酬の運用開始	都道府県による 新たな事業体系への参入意向把握
	春			
	10月	市町村審査会の設置及び 新支給決定手続の完全実施		都道府県及び市町村における 障害福祉計画の策定

# 障害者自立支援法案における 支給決定・サービス利用プロセスについて



# 現行制度の課題と新制度における対応について

- 福祉サービスの個別給付について、支援の必要度に応じて公平にサービスを利用できるよう、客観的基準(尺度)を設定するとともに、審査会の意見聴取など、支給決定のプロセスの透明化を図る。
- 障害者のニーズに即し、支援を効果的に実施するための仕組み(ケアマネジメント)を導入する。

## 現行制度の課題

- 支援の必要度を判定する客観的基準(統一的なアセスメントや区分)がない
- 支給決定のプロセスが不透明
- ケアマネジメントの手法が活用されていない
- 市町村職員等の対応にバラツキがある

## 支給決定段階

## 新制度における対応

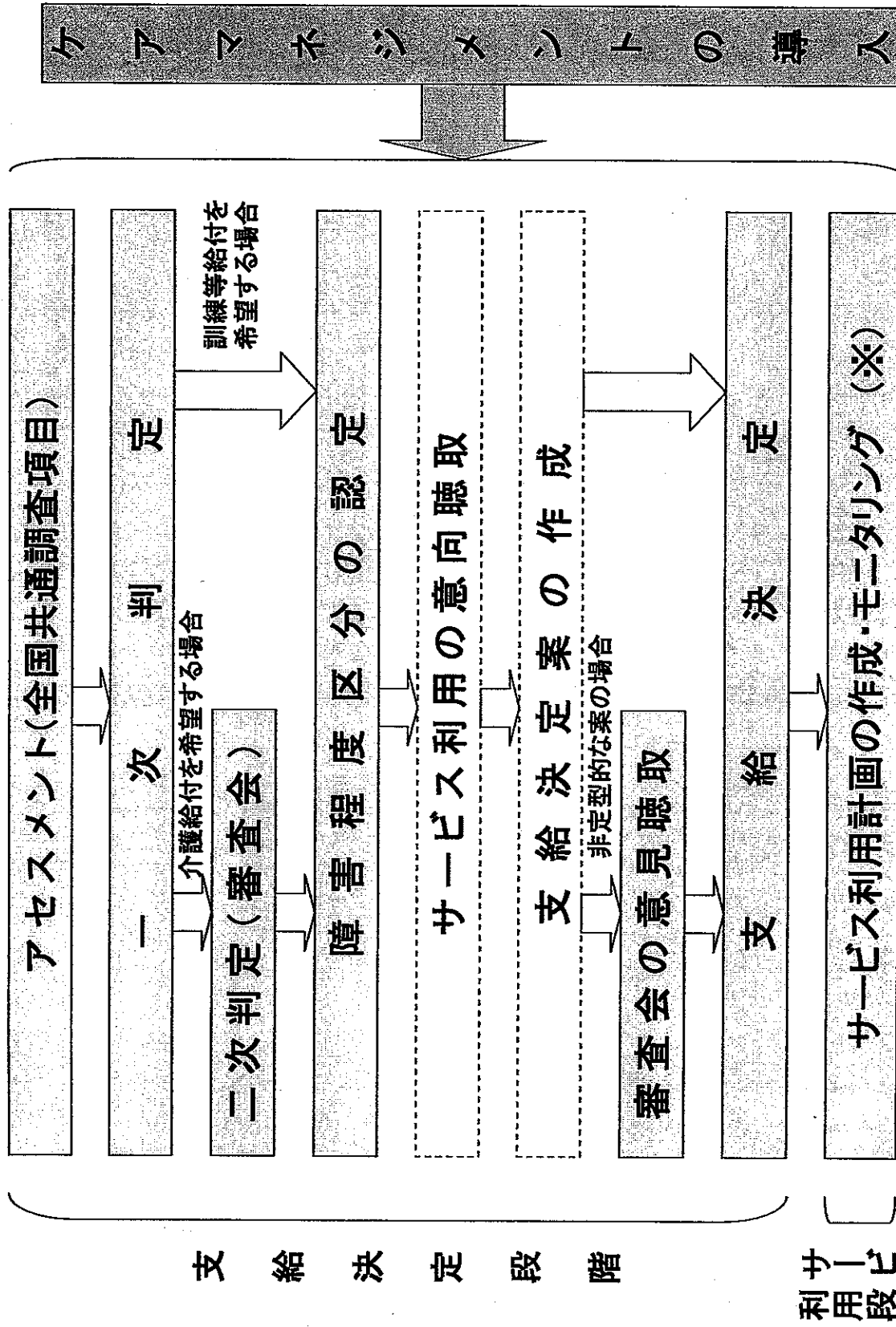
- 統一的なアセスメント、障害程度区分や市町村審査会の導入
- ケアマネジメント手法の導入
  - ・ サービス利用意向の聴取
  - ・ 相談支援事業者の活用
- 認定調査や支給決定に従事する職員等に対する研修の制度化

## サービス利用段階

- 支給決定後のサービス利用につなげる支援の確立
  - ・ 相談支援事業者の活用
  - ・ 特に、計画的プログラムに基づく継続的支援を要する者に対するサービス利用計画作成費の給付

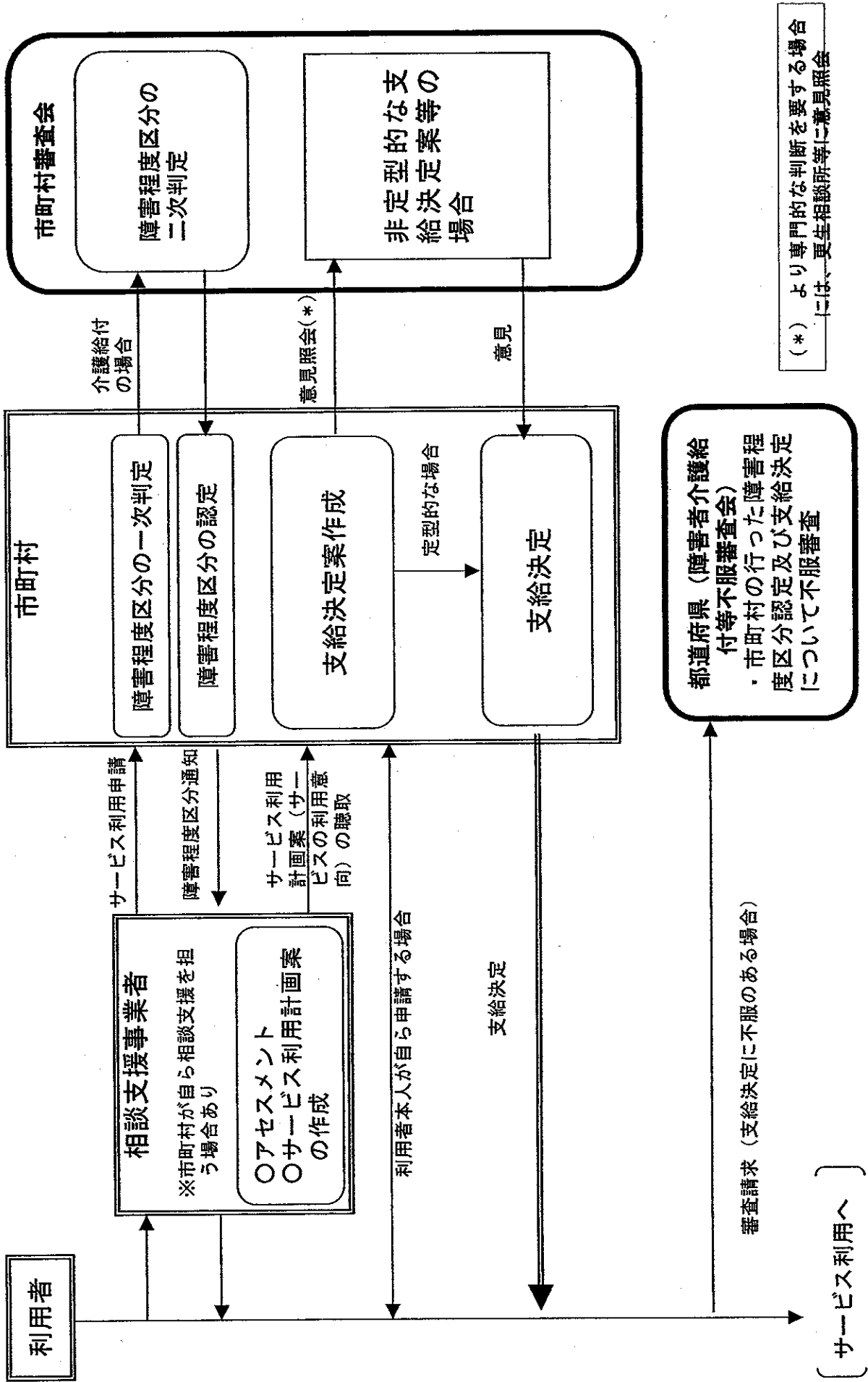
ケアマネジメント研修事業の充実・強化

# 支給決定・サービス利用のプロセス(全体像)

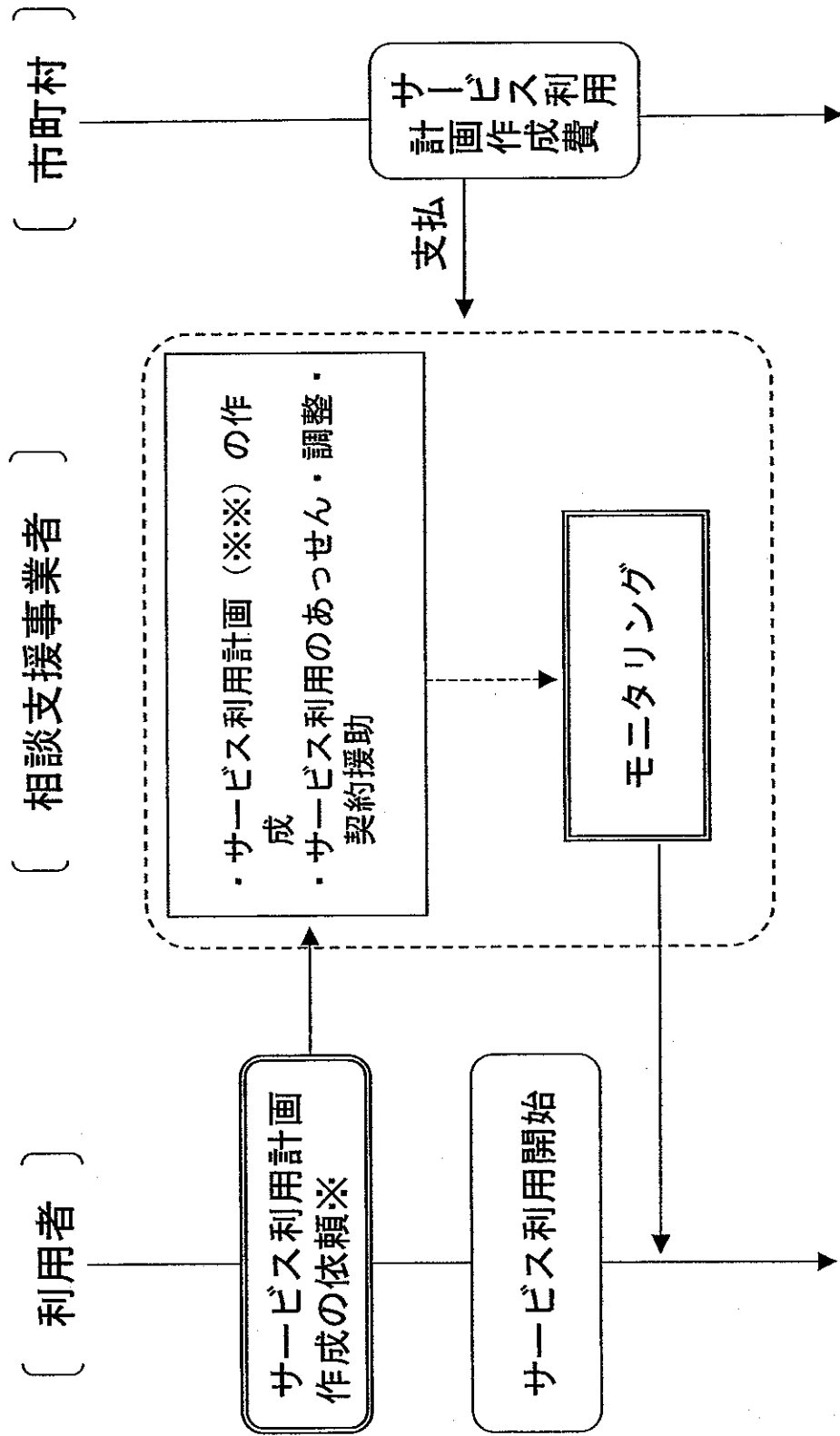


(※) 一定数以上のサービス利用が必要な者や長期入所・入院から地域生活へ移行する者などのうち、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者を対象

# (介護給付・訓練等給付の利用手続き)



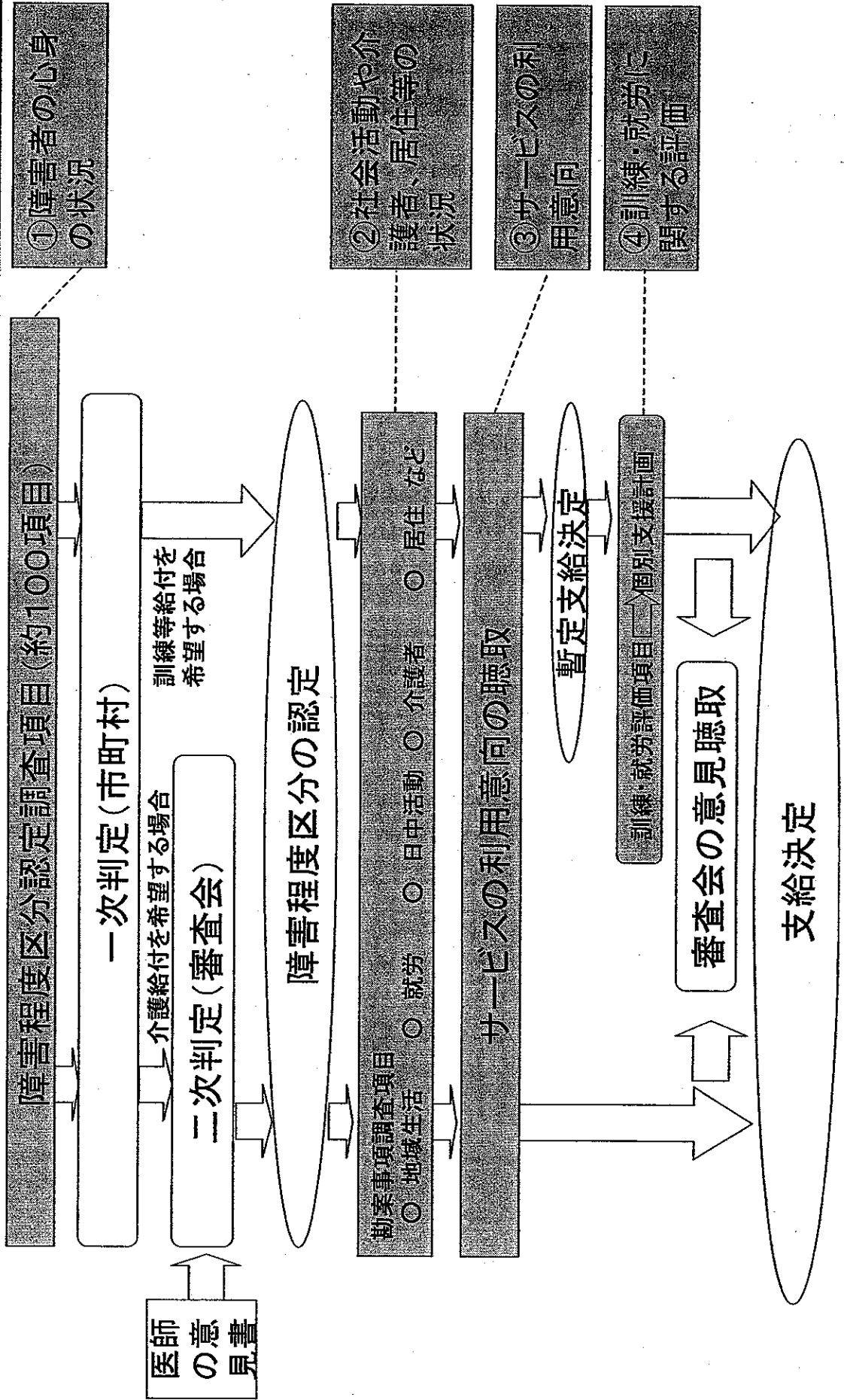
# 支給決定後のサービス利用の流れ



※複数のサービスの利用が必要な者、長期入所・入院から地域生活に移行する者など  
 のうち計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者を対象とする  
 ※※障害福祉サービスのほか、就労支援、教育、インフォーマルサービスを含む計画  
 とすることが望ましい。

# 支給決定について

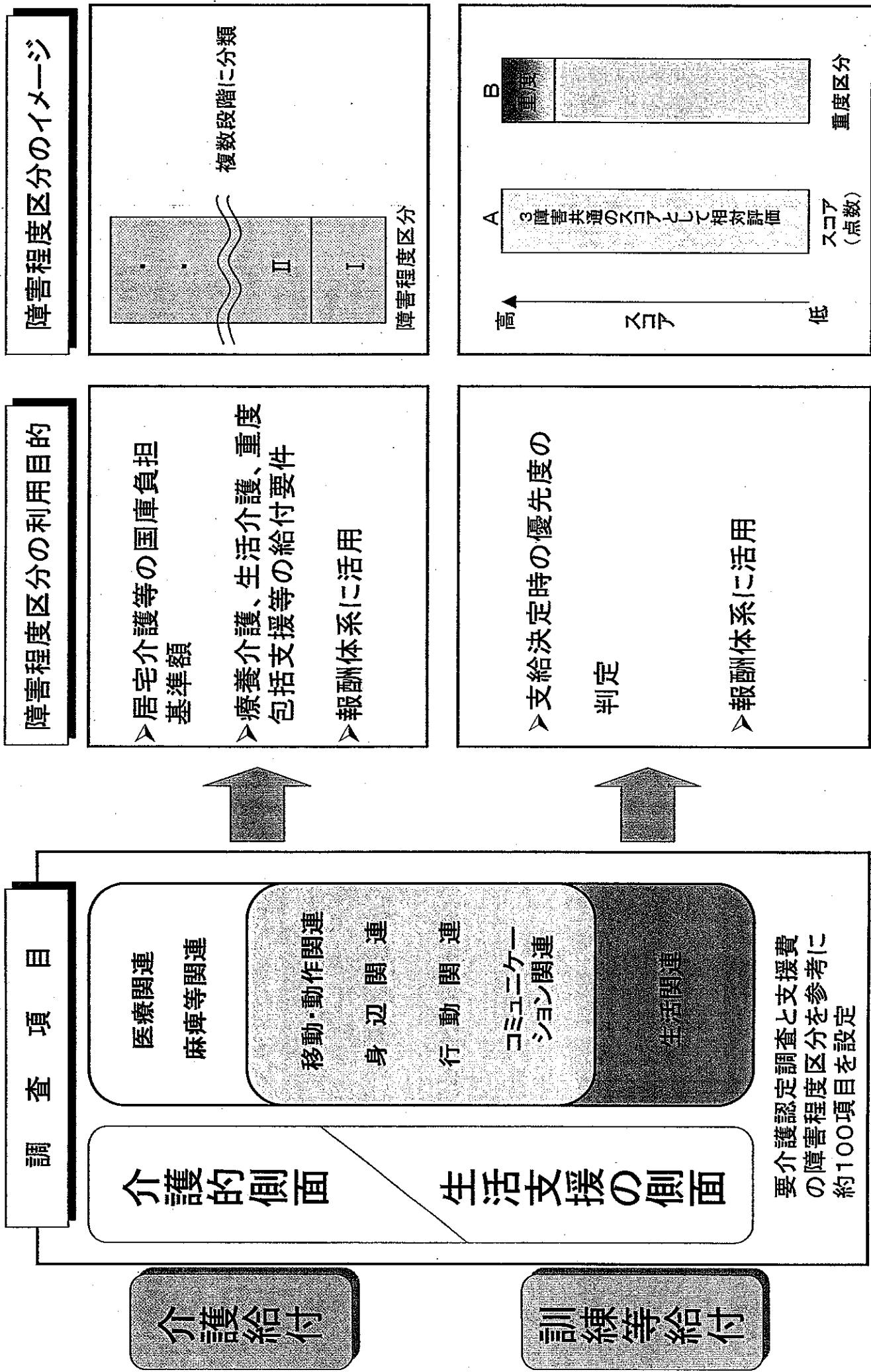
障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各段階において、①障害者の心身の状況(障害程度区分)、②社会活動や介護者、居住等の状況、③サービスの利用意向、④訓練・就労に関する評価を把握し、支給決定を行う。



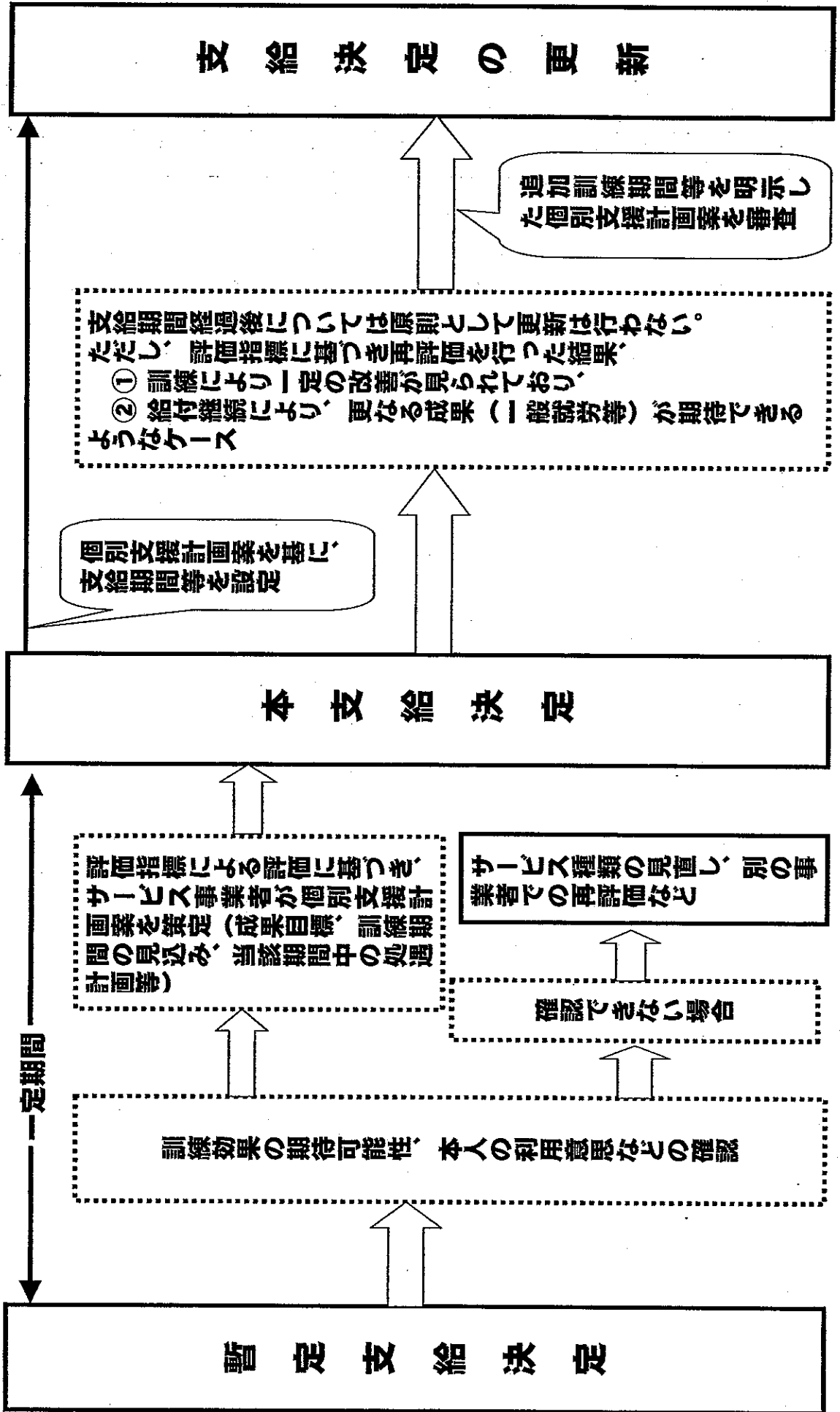
支給決定時のアセスメント項目(案)

障害程度区分		勘案事項調査		訓練・就労評価
領域	例	領域	例	
生活関連	調理 掃除、洗濯 買い物 交通手段の利用	地域生活関連	外出の頻度・状況 社会活動の参加の状況	○ 移動・動作関連項目
	視力 聴力 説明の理解 意思の伝達		入所・入院歴、入所・入院期間	
コミュニケーション関連	夜間不眠あるいは昼夜の逆転 多動または行動の停止 パニックや不安定な行動	就労関連	就労状況、過去の就労経験 就労希望の有無	○ 身辺関連項目 ○ 生活関連項目
	行動関連		日中活動関連	
身辺関連	整髪 上衣の着脱 金銭の管理 薬の内服 排尿	介護者関連	介護者の有無 介護者の健康状況等	○ コミュニケーション関連項目
	移動・動作関連		日中活動の主な場所	
麻痺等関連	嚥下 移動 洗身	居住関連	生活の場所	
	下肢麻痺 関節の動く範囲の制限		他のサービスの 利用状況	受けているサービスの内容
医療関連	じょくそうの処置 レスピレーター 透析			

# 障害程度区分のイメージ(案)



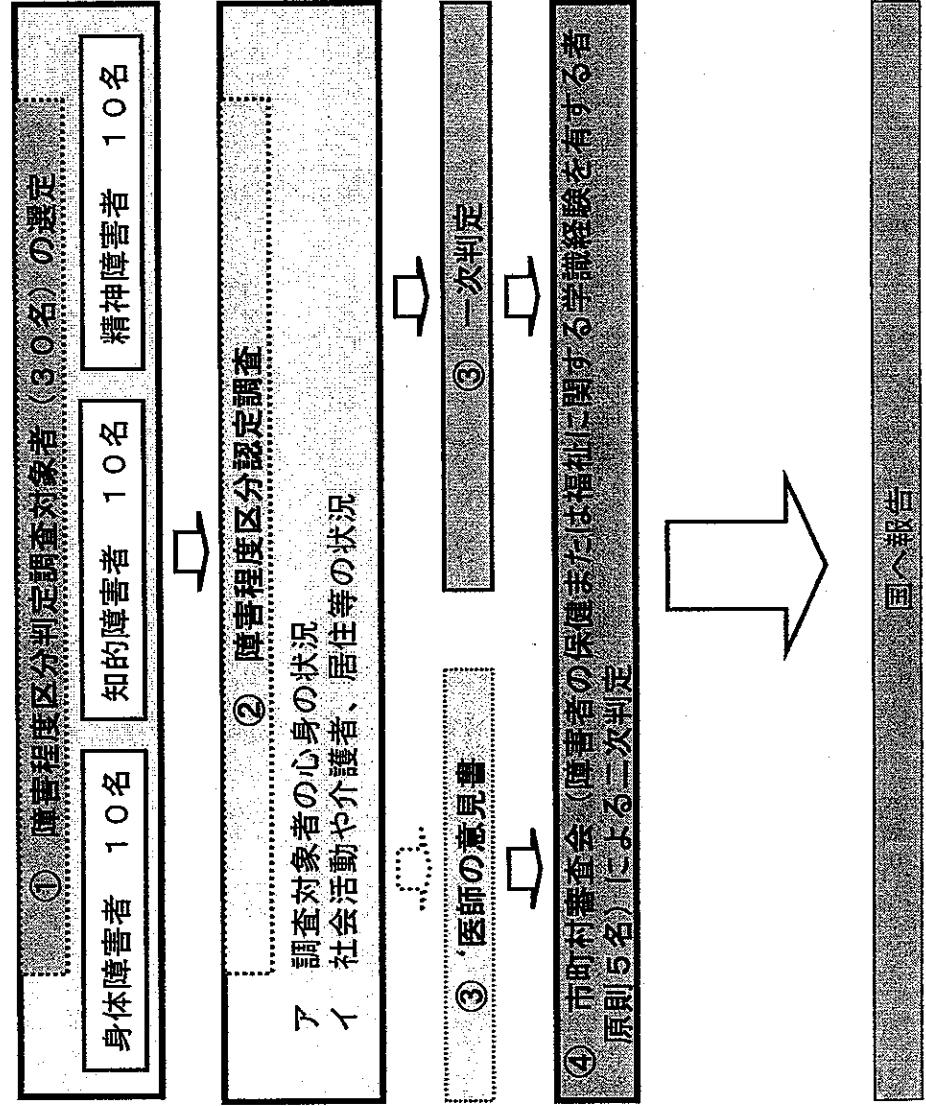
訓練等給付に関する支給決定(案)



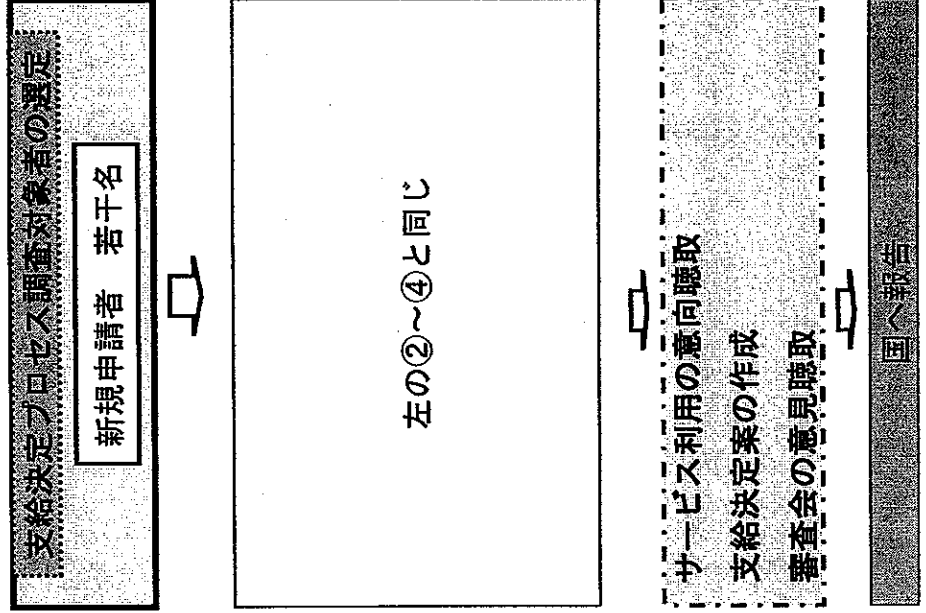


## 障害程度区分判定等試行事業（概要）

- 支給決定に関する調査（アセスメント）や障害程度区分素案の試行を通じ、障害者等の心身の状態等に関するデータを収集し、障害程度区分の開発を行うとともに、新制度における新支給決定手続き実施の際の実務上の課題を把握することを目的として実施
- 全国61市町村（各都道府県1カ所、14指定都市）で5月～7月にかけて実施



※可能な場合



障害程度区分認定モデル事業対象自治体(案)

17. 4. 13

	対象自治体	人口規模
1	北海道 帯広市	170,907
2	青森県 青森市	296,766
3	岩手県 水沢市	60,431
4	宮城県 岩沼市	42,245
5	秋田県 秋田市	302,362
6	山形県 山形市	250,517
7	福島県 郡山市	331,602
8	茨城県 水戸市	247,051
9	栃木県 宇都宮市	445,780
10	群馬県 前橋市	283,398
11	埼玉県 東松山市	89,804
12	千葉県 市川市	450,188
13	東京都 世田谷区	794,041
14	神奈川県 秦野市	160,105
15	新潟県 新潟市	515,192
16	富山県 富山市	321,025
17	石川県 加賀市	67,600
18	福井県 武生市	71,362
19	山梨県 甲府市	189,498
20	長野県 長野市	359,100
21	岐阜県 岐阜市	401,657
22	静岡県 富士市	237,620
23	愛知県 豊田市	344,607
24	三重県 名張市	84,515
25	滋賀県 大津市	294,243
26	京都府 京丹後市	65,129
27	大阪府 枚方市	403,069
28	兵庫県 伊丹市	191,422
29	奈良県 奈良市	363,673
30	和歌山県 田辺市	71,095

	対象自治体	人口規模
31	鳥取県 米子市	140,162
32	島根県 松江市	148,038
33	岡山県 岡山市	624,841
34	広島県 東広島市	119,344
35	山口県 周南市	156,608
36	徳島県 鳴門市	65,326
37	香川県 高松市	334,368
38	愛媛県 松山市	475,274
39	高知県 高知市	326,677
40	福岡県 大牟田市	137,700
41	佐賀県 佐賀市	163,837
42	長崎県 大村市	87,176
43	熊本県 八代市	106,269
44	大分県 大分市	439,378
45	宮崎県 都城市	133,892
46	鹿児島県 鹿児島市	545,876
47	沖縄県 宜野湾市	87,229
48	札幌市	○ 1,837,901
49	仙台市	○ 991,169
50	さいたま市	○ 1,038,100
51	千葉市	○ 888,735
52	横浜市	○ 3,466,875
53	川崎市	○ 1,258,605
54	名古屋市	○ 2,117,094
55	京都市	○ 1,386,372
56	大阪市	○ 2,490,172
57	神戸市	○ 1,483,670
58	広島市	○ 1,118,767
59	北九州市	○ 997,398
60	福岡市	○ 1,315,007
61	静岡市	○ 703,255

※ 人口規模については、平成15年度版「全国市町村要覧」による

※ 北海道帯広市と京丹後市についてはホームページより確認した(2005/4/5)

## 障害程度区分判定等試行事業実施要綱（案）

### 1. 事業の目的

本事業は、支給決定に関する調査（アセスメント）や障害程度区分素案の試行を通じ、障害者等の心身の状態等に関するデータを収集し、障害程度区分の開発を行うとともに、新制度における新支給決定手続き実施の際の実務上の課題を把握することを目的とする。

### 2. 事業内容

#### (1) 事業実施市町村

全国 61 市町村（各都道府県 1 カ所及び指定都市）

#### (2) 調査対象者の選定

① 調査対象者は、現在既に在宅サービスを利用している身体障害者・知的障害者・精神障害者各 10 名、合計 30 名とする。

#### ② 調査対象者の選定について

障害程度区分の分布状況を把握する観点から、在宅サービス利用者の中から、無作為抽出により選定する。

選定は、障害種別ごとに、①ホームヘルプサービス利用者の中から行うが、これだけで 10 ケースに満たない場合は、②ショートステイ利用者、③グループホーム利用者、④通所施設利用者という優先順位で合計 10 ケースになるまで選定するものとする。

抽出された対象者に対して、本事業の目的を説明のうえ、同意を得ることとする。

#### (3) 障害程度区分認定調査について

#### ① 認定調査員の選定について

本事業における認定調査員については、下記のうちから適切な者の選定を行い、認定調査に関して必要な説明※1を適宜実施するものとする。

なお、「ア」以外の者に調査を委託する場合については、別紙の誓約書の提出を求めるものとする。

ア 市町村職員

イ 障害者ケアマネジメント従事者研修を修了した者

ウ その他市町村が適当と認めた者

（例えば、地域療育等支援事業、市町村障害者生活支援事業、精神障害者地域生活支援センターに勤務する者であって日頃相談支援を行っているもの等）

※1 認定調査員に対する説明は、下記の内容とする。

- ア 本事業の概要
- イ 障害程度区分素案の考え方について
- ウ 認定調査員マニュアルによる認定調査の実務について
- エ その他必要と思われる事項

② 調査の実施方法

認定調査については、訪問により、③調査項目に沿って実施するものとする。

③ 調査項目

- ア 調査対象者のサービス受給状況、家族状況、居住環境等（別添「認定調査票（概況調査）」）
- イ 障害程度区分判定に必要な障害者の心身の状況（別添「認定調査票（基本調査）」）
- ウ 医師の意見書※2（別添「医師意見書」）

※2 調査対象者並びにその主治医に対し、事業実施自治体より認定調査と並行して作成を依頼する。

その際、主治医を持たない者については、必要に応じ、更生相談所、精神保健福祉センター等の医師を活用し、障害程度区分判定に必要な意見書を作成する。

④ 一次判定の実施について

認定調査結果に基づく一次判定は、別途配布（6月を予定）する「障害程度区分判定ソフト（仮称）」により行う。

判定ソフトを用いて出力した一次判定結果については、調査用紙と併せて速やかに国に報告するものとする。

(4) 市町村審査会の設置及び施行

① 市町村審査会委員の選定

市町村審査会の委員構成については、本事業においては、次のとおりとする。

なお、選任した委員については、市町村審査会及び障害程度区分判定に関して必要な説明※3を適宜実施するものとし、併せて誓約書の提出を求めるものとする。

- ア 障害者等の保健または福祉に関する学識経験を有する者のうちから選定する。
- イ 委員の標準定数は5名とする。ただし、審査判定の質が維持されると市町村が判断した場合には、5人よりも少ない人数（ただし、少なくとも3人）を定めることができるものとする。
- ウ 市町村において、委員の選出が困難な場合については、都道府県が更生相談所、精神保健福祉センター等から専門的知識を有する者の推薦について支援を行う。

※3 市町村審査会委員に対する説明は、次の内容とする。

- ア 本事業の概要
- イ 障害程度区分素案の考え方について
- ウ 市町村審査会委員マニュアルによる障害程度区分の審査について
- エ その他必要と思われる事項

## ② 市町村審査会の試行

本事業においては、市町村審査会は、障害程度区分判定についての審査を行うものであり、支給決定案の審査までは行わないものとする。

市町村審査会は、(ア) から (ウ) について、「市町村審査会委員マニュアル」により行うものとする。

- (ア) 認定調査及び医師意見書の内容確認（内容の矛盾の有無の確認等）
- (イ) 審査対象者の全体像の把握
- (ウ) (イ) により程度区分の変更が考慮された場合には、状態像の例を基に検証

事業実施自治体においては、市町村審査会の試行にあたり、審査会開催日の1週間前を目途として、各委員に対し、一次判定の結果・医師意見書等、審査会に必要な情報を送付するものとする。

また、審査会の試行においては、今後の手続きの参考とするため、次の情報を記録するものとする。

- ア 対象者の障害種別（審査順）
- イ 1件の判定に要した審査時間
- ウ 個々のケースについて判定に困難を来したポイント
- エ その他審査会運営上気付いた問題点等

#### (5) 支給決定プロセスに係る試行

上記事業に加えて、実施可能な市町村は、試行事業実施期間中に在宅サービス（身体障害者又は知的障害者の居宅生活支援費、精神障害者居宅生活支援事業等）の支給申請を行った障害者若干名を対象に、(3)及び(4)を実施するとともに、別紙プロセスを参考にケアマネジメントの手法を活用しつつ、当該障害者からサービス利用の意向聴取、支給決定案の作成、審査会の意見聴取を試行する。

その際、支給決定案の作成は、現行の当該市町村の支給基準又は現行の当該市町村の支給決定の考え方をを用いて行う。

なお、当該市町村が、障害の程度の判定に関し、既に独自のアセスメント項目を設定している場合には、当該アセスメント項目に基づき判定し、支給決定案を作成して差し支えない。

#### (6) 国への報告

報告は、次の2回に分けて報告を行う。

- ① 障害程度区分の一次判定結果。
- ② 事業終了後、事業結果をまとめて報告する。

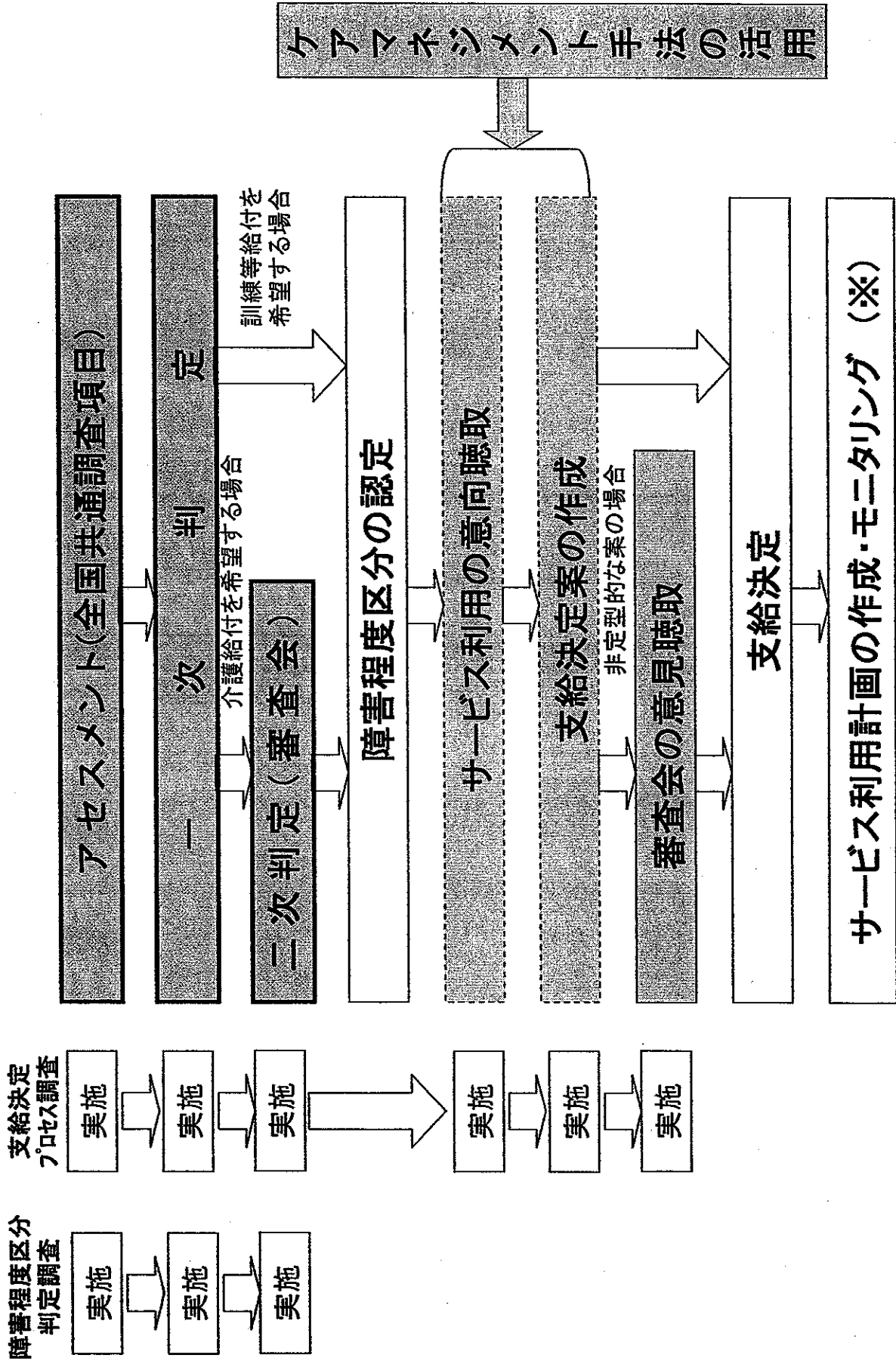
#### (7) 事業実施における留意事項

本事業においては、障害程度区分認定調査や市町村審査会の実施上、使用する資料等から調査対象者個人が特定されないようにする。

#### (8) 経費の支出について

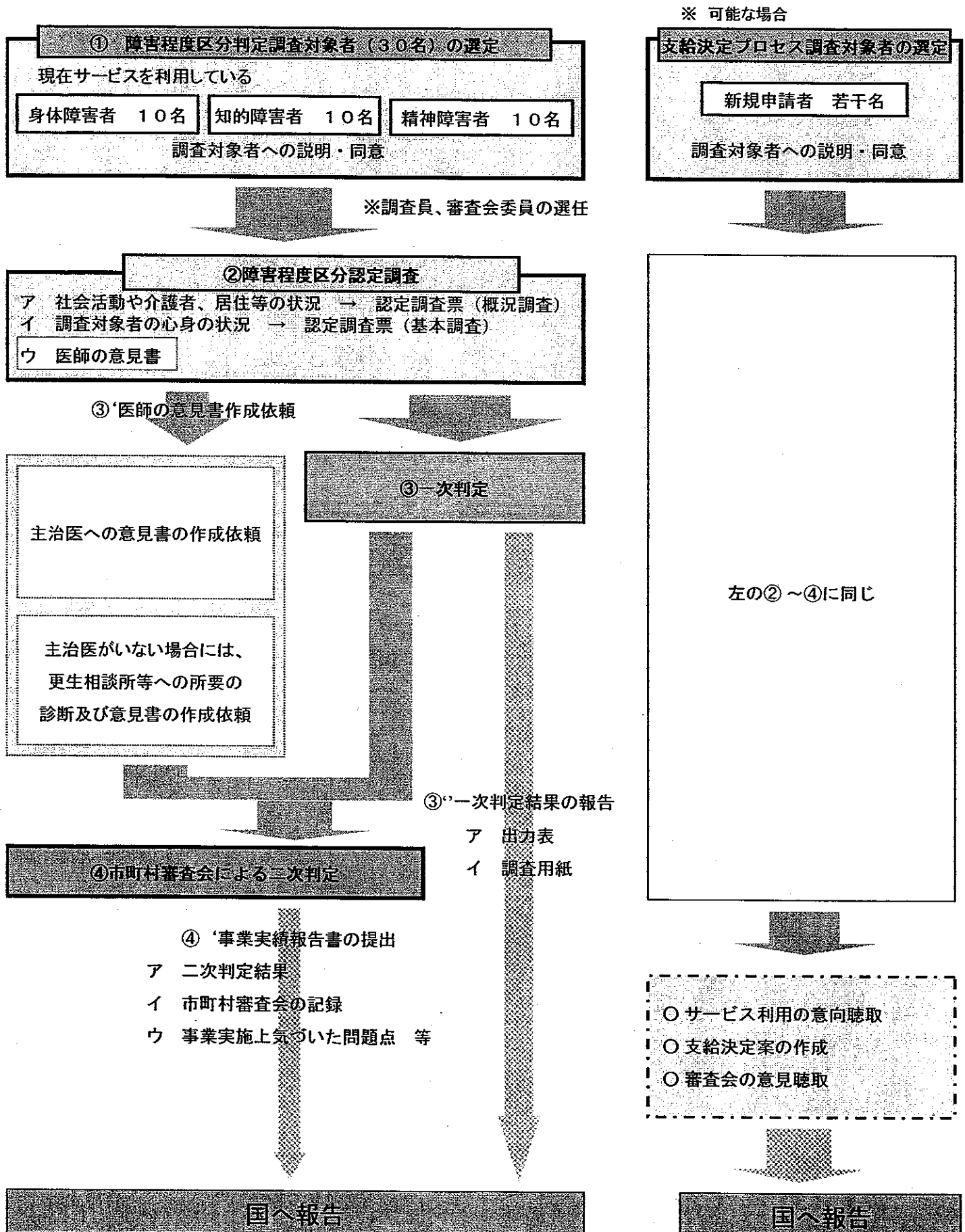
本事業の実施に係る経費については、別に定めるところにより事業実施自治体に対し、50万円程度を交付することとする。

# 試行事業における支給決定・サービス利用のプロセス(全体像)



(※) 一定数以上のサービス利用が必要な者や長期入所・入院から地域生活へ移行する者などのうち、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者を対象

# 障害程度区分判定等試行事業の流れ





# 認定調査票（概況調査）

## I 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな		所属機関	
記入者氏名			

## II 調査対象者（国への報告を要しない項目）

ふりがな		性別	男・女	年齢	( ) 歳
対象者氏名					
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 ( ) 調査対象者との関係 ( )			電話	- -

## III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 ( )				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、勘案すべき事項を記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： _____ 回程度
・ 社会活動の参加の状況 ( )
・ 過去2年間の入所歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類 ( )
年 月～ 年 月 入所した施設の種類 ( )
・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ( )
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ( )

VI 就労関連について、勘案すべき事項を記入してください。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし  
最近1年間の就労の経験 あり なし  
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし

VII 日中活動関連について、勘案すべき事項を記入してください。

- ・ 主に自宅 施設 病院 その他（ ）

VIII 介護者関連について、勘案すべき事項を記入してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり（健康状況等特記すべきこと）

IX 居住関連について、勘案すべき事項を記入してください。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム 病院 入所施設  
その他（ ）

X その他、勘案すべき事項を記入してください。

# サービスの利用状況票

利用者氏名 \_\_\_\_\_

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜									
早朝									
午前									
午後									
夜間									
深夜									
夜									
4:00									

週単位以外のサービス
------------

## 認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

特記事項 ⇒1

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

⇒1

1. ない	2. 肩関節	3. 肘関節	4. 股関節	5. 膝関節	6. 足関節	7. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる
2. 自分の手で支えればできる
3. 支えてもらえればできる
4. できない

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
--------	---------	--------	-----------

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。 ⇒4

ア. じょくそう（床ずれ）がありますか	1. ない	2. ある
イ. じょくそう（床ずれ）以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1. ない	2. ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. できない
--------	---------	---------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
ア. 口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
イ. 洗顔	1	2	3
ウ. 整髪	1	2	3
エ. つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
ア. 上衣の着脱	1	2	3	4
イ. ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-6 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒5

1. できる      2. 特別な場合を除いてできる      3. 日常的に困難      4. できない

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 普通（日常生活に支障がない）
2. 約1 m離れた視力確認表の図が見える
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えない
5. 見えているのか判断不能

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 普通
2. 普通の声がやっと聞き取れる
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞えない
5. 聞えているのか判断不能

6-3-ア 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる
2. ときどき伝達できる
3. ほとんど伝達できない
4. できない

6-3-イ 意思の伝達にあたり、本人独自の表現方法について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 独自の方法によらずに意思表示ができる。
2. 時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある。
3. 常に、独自の方法でないと意思表示できない。
4. いかなる方法でも意思表示自体ができない。

6-4-ア 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 介護者の指示が通じる      2. 介護者の指示がときどき通じる      3. 介護者の指示が通じない

6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 言葉以外の方法を用いなくても説明を理解できる。
2. 時々、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できないことがある。
3. 常に、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できない。
4. いかなる方法でも説明を理解すること自体ができない。

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

ア. 毎日の日課を理解することが	1. できる	2. できない
イ. 生年月日や年齢を答えることが	1. できる	2. できない
ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	1. できる	2. できない
エ. 自分の名前を答えることが	1. できる	2. できない
オ. 今の季節を理解することが	1. できる	2. できない
カ. 自分がいる場所を答えることが	1. できる	2. できない

7 行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒7

ア.物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
イ.作話をし周囲に言いふらすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ウ.実際にはないものが見えたり、聞えることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
エ.泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
オ.夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
カ.暴言や暴行が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
キ.しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ク.大声をだすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ケ.助言や介護に抵抗することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
コ.目的もなく動き回ることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
サ.「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
シ.外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ス.1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
セ.いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ソ.火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
タ.物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
チ.不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ツ.食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
テ.ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ト.特定の物や人に対する強いこだわりが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ナ.多動または行動の停止が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ニ.パニックや不安定な行動が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ヌ.自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ネ.叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ノ.他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ハ.環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. 日に1回以上	5. 日に頻回	
ヒ.突然走っていなくなるような突発的行動が	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. 日に1回以上	5. 日に頻回	
フ.異食、過食、反すう等の食事に関する行動が	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. ほぼ毎日	5. ほぼ毎食	



ハ. 話がまとまらなかったり支離滅裂であることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ホ. 会話や動作が鈍いことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
マ. 周りに人がいないのに一人で話したり笑ったりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ミ. 表情が硬く変化がみられないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ム. 周りから言われないと何もしていないでいることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

8 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。

(複数回答可)

⇒8

<u>処置内容</u>	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ (人工肛門) の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター (人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
<u>特別な対応</u>	10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	11. じょくそうの処置		
<u>失禁への対応</u>	12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

9-1 調理 (献立を含む) について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-2 食事の配膳・下膳 (運ぶこと) について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-3 掃除 (整理整頓を含む) について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-4 洗濯について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-5 入浴の準備と後片付けについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-6 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-7 交通手段の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

## 認定調査票（特記事項）

### 1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

( )

( )

### 2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

( )

( )

### 3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

( )

( )

### 4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう (床ずれ) 等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

( )

( )

### 5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

( )

( )

### 6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

( )

( )

### 7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (7~4まで)

( )

( )

### 8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

( )

( )

### 9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段

( )

( )

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

# 医師意見書 (案)

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	-	連絡先 ( )
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)				
<p>上記の申請者に関する意見は以下の通りです。                  本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/>同意する。 <input type="checkbox"/>同意しない。</p>					
医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 ( ) _____ 医療機関所在地 _____ FAX ( ) _____					
(1) 最終診察日	平成 年 月 日				
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上				

## 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日 1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) 2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) 3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)					
入院歴 (直近の入院歴を記入) 1. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名: _____) 2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名: _____)					
(2) 介護の必要の程度に関する予後の見通し			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化		
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)					

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
(2) 精神・神経症状の有無 <input type="checkbox"/> 有 (症状名 _____) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無					

(3) 身体の状態

四肢欠損 (部位: 程度: 中 重)

麻痺

- 左上肢 (程度: 中 重)
- 右上肢 (程度: 中 重)
- 左下肢 (程度: 中 重)
- 右下肢 (程度: 中 重)
- その他 (部位: 程度: 中 重)

関節の拘縮

- 肩関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)
- 股関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)
- 肘関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)
- 膝関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)
- その他 (部位: )

- 失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)
- ・体幹 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)
- ・下肢 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
- 心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ( )
- 対処方針 ( )

(2) 介護サービス（訪問介護等）における医学的観点からの留意事項

- ・ 血圧について 特になし あり ( )
- ・ 嚥下について 特になし あり ( )
- ・ 摂食について 特になし あり ( )
- ・ 移動について 特になし あり ( )
- ・ その他 ( )

(3) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

- 有 ( ) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。（情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。）

<てんかん>

- 有 無
- (有の場合) → 頻度 ( 週1回以上 月1回以上 年1回以上 )

<精神障害の機能評価>

- OGAF: ( ) 点 <判断時期 平成 年 月>
- その他 ( ) <判断時期 平成 年 月>

## 障害者に対する要介護認定基準の有効性について(概要)

### 【目的】

障害者の介護ニーズを判定するための指標として、現行の要介護認定基準の有効性を評価するため、福祉サービスを利用している障害者(2,468人)を対象に認定基準調査を実施

### 【結果】

(身体障害者)

○ 身体障害者については、要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分(生活関連動作支援項目)、介護支援専門員からみた要介護度との間に高い相関を示した。

※ ホームヘルプ利用者・身体障害者療護施設入所者(119人)中、117人が要介護状態ないし要支援状態と判定

(知的障害者)

○ 知的障害者については、要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分(生活関連動作支援項目)、HONOS、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関が認められた。

※ ホームヘルプ利用者(30人)中、29人が要介護状態ないし要支援状態と判定

(精神障害者)

○ 精神障害者については、他の障害と比較して、要介護認定の一次判定結果と、その他の指標との間にあまり高い相関は得られなかった。

※ ホームヘルプ利用者(8人)中、2人が要介護状態ないし要支援状態と判定

○ 一次判定結果が「要支援」以上であった群は、「非該当」であった群との比較において、障害程度区分、GAF、IADL、ケア必要度等他の指標の多くにおいて、重度またはケアの必要性が有意に高かった。



### 【結論】

○ 現行要介護認定基準は、身体介護等の介護サービスに相当するサービス、グランドデザインで言うところの「介護給付」に相当するサービスの必要度を測定する上では、障害者においても有効と考えられた。

○ ただし、障害者に対する支援においては、自立を目的とした機能訓練や生活訓練、就労支援等も重要であり、これらの支援の必要度の判定には、「介護給付」に相当するサービスの判定に用いられるロジックとは別のロジックが必要と考えられた。

## 障害者に対する要介護認定基準の有効性について

### 1 目的

障害者の介護ニーズを判定する指標として、現行の要介護認定基準の有効性を評価する。

### 2 方法

- ・ 「要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況の適切な反映手法の開発に関する研究」厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業（主任研究者・遠藤英俊）、「介護ニーズ評価に関する調査研究事業」老人保健・健康増進等事業（財団法人日本公衆衛生協会：分担事業者・高橋紘士）の調査結果について、分析を行った。
  - ・ 何らかの福祉サービスを受けている障害者（身体障害者(737人)、知的障害者(841人)、精神障害者(890人)、合計2,468人)に対し、介護保険の要介護認定で用いられている認定基準調査を実施。
  - ・ 併せて支援費制度の施設給付に関して用いられている障害程度区分調査を実施、また精神障害者、知的障害者については、その他の評価指標等についても調査。
- \* 調査開始時点において、障害福祉サービスの新しい体系が不明であったため、介護保険で給付される介護サービスと同じ性格のサービスである、障害保健福祉施策改革のグランドデザイン（以下、グランドデザインと略）で「介護給付」と位置付けられるサービスとは性格を異にする更生施設、授産施設等のサービス利用者も調査対象に含む。
  - \* 障害程度区分については、その内容から全体を「生活関連動作支援項目」「社会参加支援項目」の二つに分け、それぞれの合計点を尺度として使用した。
  - \* その他の評価指標としては、GAF、BPRS、HONOS、ケアニーズ、介護支援専門員からみた要介護度、等を使用した。

### 3 結果

#### [身体障害者]

- ・ 要介護認定における一次判定の結果は、「要介護5：10.6%、要介護4：7.6%、要介護3：5.5%、要介護2：8.8%、要介護1：38.4%、要支援：17.5%、非該当：11.6%」であった。
- ・ 要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目）、介護支援専門員からみた要介護度は、ともに高い相関を示した。

- ・ グランドデザインで「介護給付」と位置付けられるホームヘルプと身体障害者療護施設の利用者については、119人中117人が要介護状態ないしは要支援状態と判定された。

#### [知的障害者]

- ・ 要介護認定における一次判定の結果は、「要介護5：4.7%、要介護4：5.5%、要介護3：7.3%、要介護2：13.0%、要介護1：35.2%、要支援：21.5%、非該当：12.8%」であった。
- ・ 要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目）、HONOS、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関が認められた。
- ・ ホームヘルプの利用者については、30人中29人が要介護ないしは要支援状態と判定された。

#### [精神障害者]

- ・ 要介護認定における一次判定の結果は、「要介護3：0.1%、要介護2：1.8%、要介護1：17.0%、要支援：35.0%、非該当：46.1%」であった。
- ・ 他の障害に比較して、要介護認定の一次判定結果と、その他の指標との間にあまり高い相関は得られなかった。
- ・ ホームヘルプの利用者については、8人中2人が要介護ないしは要支援状態と判定された。
- ・ 要介護度別に、障害程度区分、GAF、IADL、ケア必要度等他の指標の得点の分布を見ると、要介護度が重度であるほど、他の指標も重度又はケアの必要性が高くなっていったが、各要介護度毎の分散は大きく、群間の分布の重なりも認められた。
- ・ 一次判定結果が「要支援」以上であった群は、「非該当」であった群との比較において、障害程度区分、GAF、IADL、ケア必要度等他の指標の多くにおいて、重度またはケアの必要性が有意に高かった。
- ・ 「非該当」、「要支援」、「要介護1」の3群間の要介護認定基準調査結果では、認定調査項目のうち、第2群（移動）、第3群（複雑な動作等）、第5群（身の回りの世話等）、第6群（コミュニケーション関連）、第7群（問題行動等）において、要介護状態区分が高いものほど該当する認定基準調査項目が多くなる傾向が認められた。

#### 4 考察

##### [現行要介護認定基準の適用可能性]

現在、客観的な指標に基づき介護の必要度を判定するものとして、我が国で制度的に用いられているものは、介護保険における要介護認定基準しか存在しない。

現行の要介護認定基準は、高齢者の加齢による介護ニーズに対し、身体介護等の介護サービスの必要度を予測する指標として開発されたものであるが、今回の調査において、身体障害者及び知的障害者の身体介護を中心とした介護サービスの必要度を測定する上でも有効であることが認められた。

一方、精神障害者については、「非該当」と判定された群と「要支援以上」と判定された群の2群間の比較では、GAF等他の指標の大半において、「要支援以上」の群が「非該当」の群と比べて重度またはケアの必要性が高いという有意差が認められ、要介護認定基準が精神障害者においても身体介護等の介護サービスの必要度を反映していることが示唆された。

精神障害者について、今回のデータでは、要介護認定の一次判定結果と、介護支援専門員が判断した要介護度、障害程度区分、GAF、BPRS等他の指標との高い相関は得られなかったが、これは、①調査対象者の半数について「要支援」又は「要介護1」が大半であり、残りの半数も「非該当」という結果であったこと、②介護支援専門員の判断する要介護状態区分が比較的低いレベルに分布していること、③障害程度区分（日常生活支援項目）の点数も低いレベルに分布していること、から統計的な相関が高くは得られなかったと考えられる。

なお、精神障害者が実際に利用しているサービスは、その大半が、グランドデザインでいうところの「訓練等給付」に相当する授産施設等のサービスであり、「介護給付」に相当するサービスとは異なっているが、これは、精神障害者では身体障害者や知的障害者と比べて身体介護等の支援を必要とする者が、相対的に少ないという実態を反映しているものと考えられた。

#### 5 結論

現行要介護認定基準は、身体介護等の介護サービス、グランドデザインで言うところの「介護給付」に相当するサービスの必要度を測定する上では、障害者においても有効と考えられた。

ただし、障害者に対する支援においては、自立を目的とした機能訓練や生活訓練、就労支援等も重要であり、これらの支援の必要度の判定には、「介護給付」に相当するサービスの判定に用いられるロジックとは別のロジックが必要と考えられた。



## 6 今後の研究方針

今回の調査結果では、障害者に対しても、「介護給付」に相当するサービスの必要度を判定する指標として、介護保険制度で用いられている要介護認定基準は有効性をもつことが認められたが、今後、これを出発点として、より精確で加齢による要介護状態、障害による要介護状態双方により有効な指標の開発を進めていくことが必要である。そのためには、介護保険の要介護認定基準策定の際に行われたようなタイムスタディの実施が不可欠であり、平成18年度にも実施できるよう、障害福祉サービスにおけるケアコードの開発等の準備を行う必要がある。

なお、障害者に対する支援は、精神障害に関する今回の調査結果からも明らかのように、訓練、就労支援など身体介護以外のサービスが必要であり、こうしたサービスの必要度を判定するための指標の開発をあわせて進めていくことが必要と考える。

# 福祉サービスの利用者負担

## 障害福祉サービス（個別給付）に係る 利用者負担の見直しの必要性

- サービス提供未実施市町村が多く、新規の利用者が急速に増えることが見込まれる
- 既存の利用者と新規の利用者の公平

○当面、新たにサービスを利用し始める者の増加によるサービス量や、支援の必要度に応じたサービス量を確保することが必要。

必要なサービスを確保するため、制度の効率化・透明化等を進めるとともに、その費用を皆で負担し支え合うことが不可欠。

### ＜利用者負担＞

- 在宅と施設のバランスのとれた負担
- サービスの利用量に応じた負担

### ＜国・都道府県の負担＞

制度的課題の解決を前提に、国及び都道府県の財政責任を強化する。

# 障害福祉サービスに係る利用者負担の見直しの考え方

## 一 実費負担+サービス量と所得に着目した負担

(居宅、通所)

- 応能負担(現在の平均負担率約1%) → 実費負担+サービス量と所得に着目した負担(入所)
- 応能負担(現在の平均負担率約10%) → 実費負担+サービス量と所得に着目した負担

負担能力の乏しい者については、経過措置も含め負担軽減措置を講ずる。

居宅

	サービス量と所得に着目 (定率負担+負担上限)
--	----------------------------

通所

	サービス量と所得に着目 (定率負担+負担上限)
食費	

は自己負担

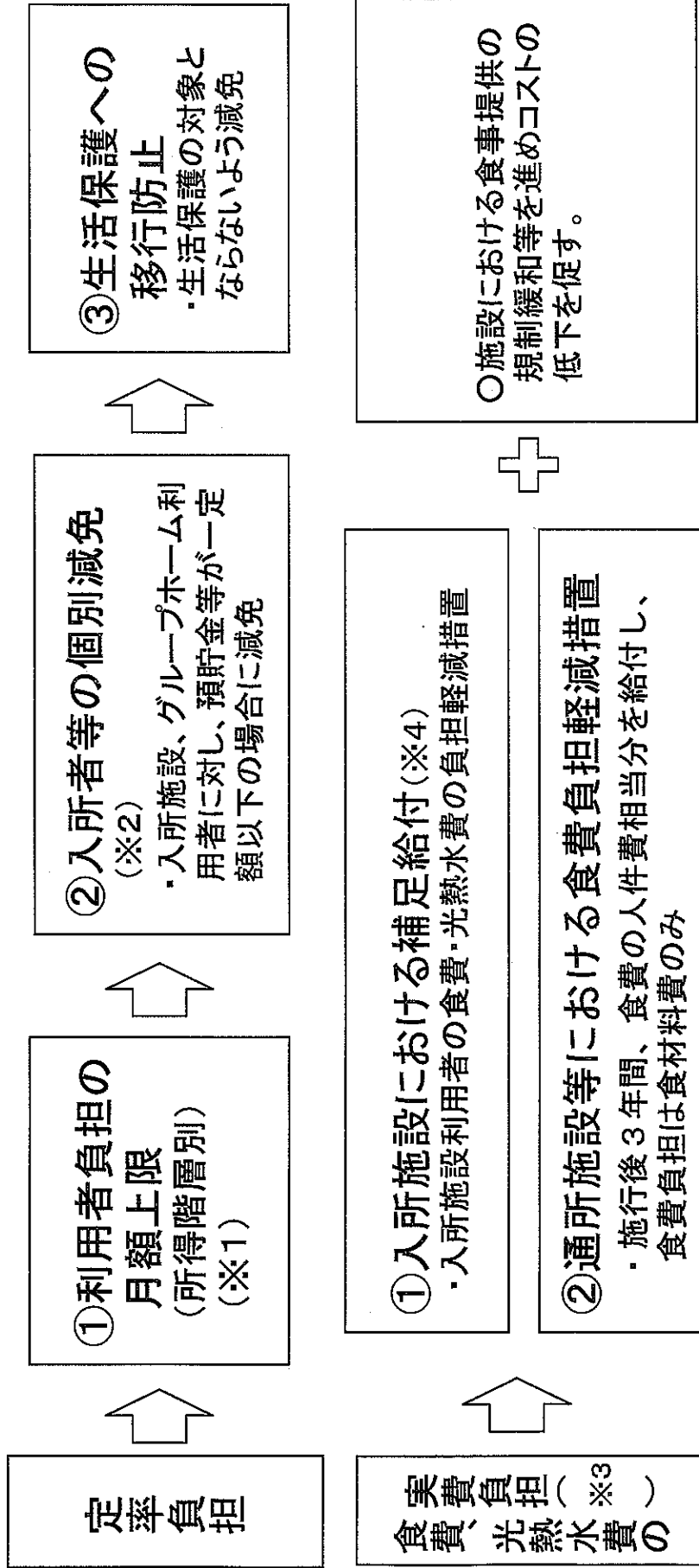
入所

	サービス量と所得に着目 (定率負担+負担上限)
食費・光熱水費	
個室利用料	

この他、医療費・日用品費は自己負担

※精神関係の施設は、平成18年10月以降に、新施設・事業体系に移行したものである。

# 利用者負担に係る配慮措置



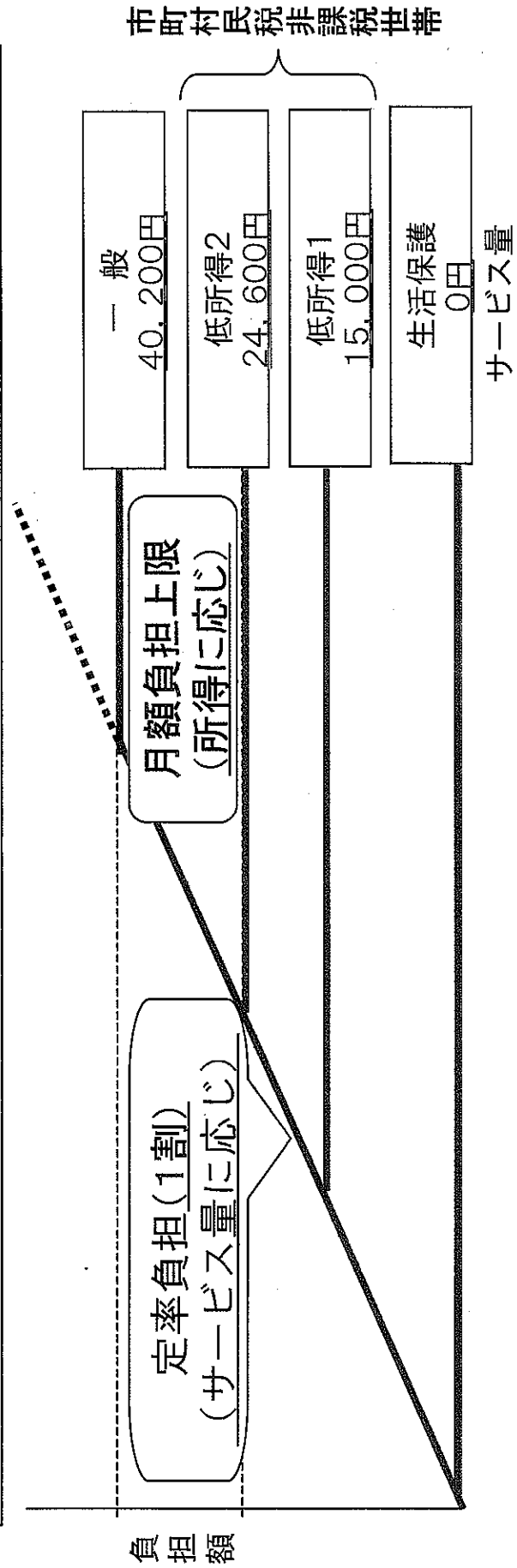
- ※1 加えて、高額障害福祉サービス費として、介護保険利用負担分等の合算による軽減措置を講じる。
- ※2 施行後3年間実施(継続の必要性については実態調査に基づき再検討)
- ※3 特に栄養管理等が必要な者については、平成18年10月の新施設・事業体系の報酬設定の際に別途評価方法を検討。
- ※4 入所施設における食費等に係る実際のコスト等を調査し、その結果を補足給付の基準額に反映。

## (定率負担に係る措置)

### ①利用者負担の月額上限措置について

利用者本人の属する世帯の収入等に応じて、以下の4区分に設定

- ①生活保護：生活保護世帯に属する者
- ②低所得1：市町村民税非課税世帯であって世帯主及び世帯員のいずれも収入が80万円  
(障害者基礎年金2級相当)未満である世帯に属する者  
→ グループホームで単身で生活する基礎年金2級のみの方
- ③低所得2：世帯主及び世帯員の全員が市町村民税の均等割非課税である世帯に属する者  
→ 障害者を含む3人世帯で障害基礎年金1級を受給している場合、概ね300万円以下の収入に相当。
- ④一般：市町村民税課税世帯



# 利用料の負担義務の範囲について

## 利用者本人による負担

(本人の収入に応じ、額を設定)

## 本人が負担できない場合

## 扶養義務者による負担

(扶養義務者の収入に応じ、額を設定)

### 【扶養義務者の範囲】

○20歳以上の障害者の場合  
配偶者及び子

○20歳未満の障害者(児)の場合  
配偶者、父母及び子

いずれも障害者と同一の世帯に属し、かつ、  
生計を同じくすると認められる者

利用者本人による負担  
(扶養義務者の負担を廃止)

※ただし、利用者負担の  
負担上限額は、世帯の収  
入に応じて設定

## 負担上限額の設定の際の範囲について

○負担上限額の設定をするに当たって、その収入等の基準の範囲をどのようにすべきかについては、以下の2つの意見がある。

・障害者の自立の考え方から、障害者本人のみの収入で判定すべき。

・社会保障制度全体の整合性の観点から、世帯全体の収入で判定すべき。

・より強い扶養義務が課される配偶者まで除外するのは不適當ではないか。

・健康保険制度や税制面において、被扶養者として事実上経済的な利益を受けている場合まで、特別な扱いを行うことについて国民の理解が得られるか。



## 税制や健康保険制度における取扱いについて

### 税制における配偶者控除、扶養控除等

#### 【所得税】

○配偶者控除、扶養控除(38万円)

配偶者、扶養者が障害者である場合は上記に加え、以下の控除。

○障害者控除

- ・一般の障害者(3級～6級)の場合 27万円
  - ・特別障害者(1級、2級)の場合 40万円
- ※同居している場合、35万円割増控除(同居特別障害者扶養控除)

(地方税においても同様の優遇措置あり)

### 健康保険制度における被扶養者

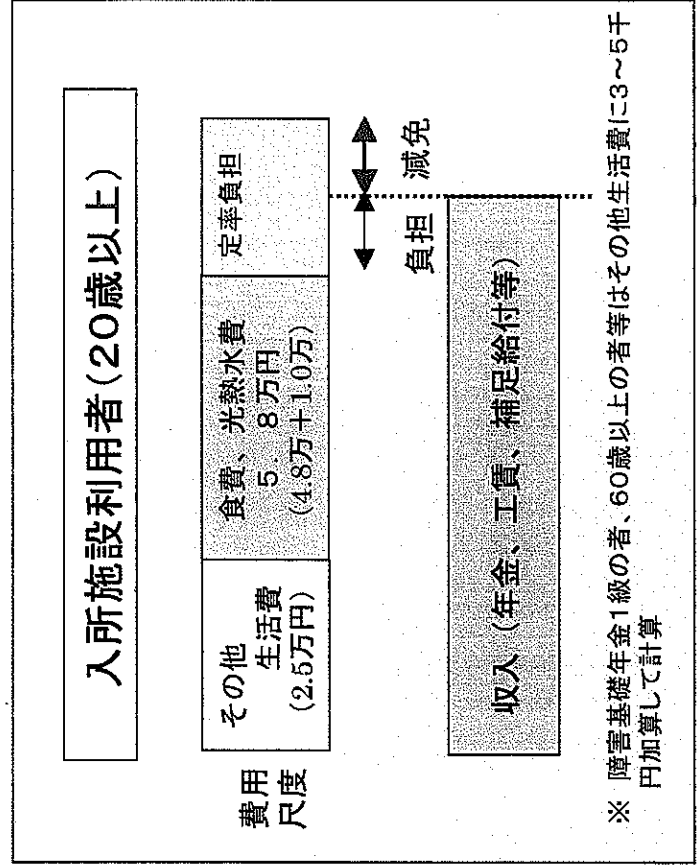
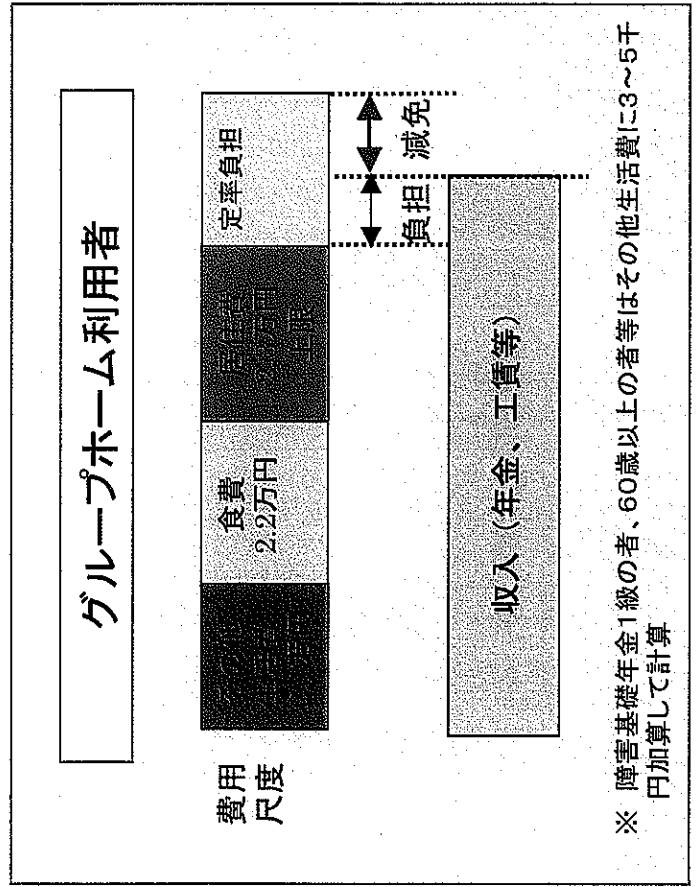
#### 【被扶養者となるための要件】

- ・ 被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫及び弟妹の場合→生計維持関係があること
  - ・ 被保険者の3親等内の親族で上記に掲げる以外の者等の場合→生計維持関係にあり、かつ、同居していること
- ※生計維持関係・・・同居している場合→原則として年収130万円未満であって被保険者の収入の2分の1未満同居していない場合→原則として年収130万円未満

## (定率負担に係る措置)

### ②個別減免（グループホーム、入所施設）について

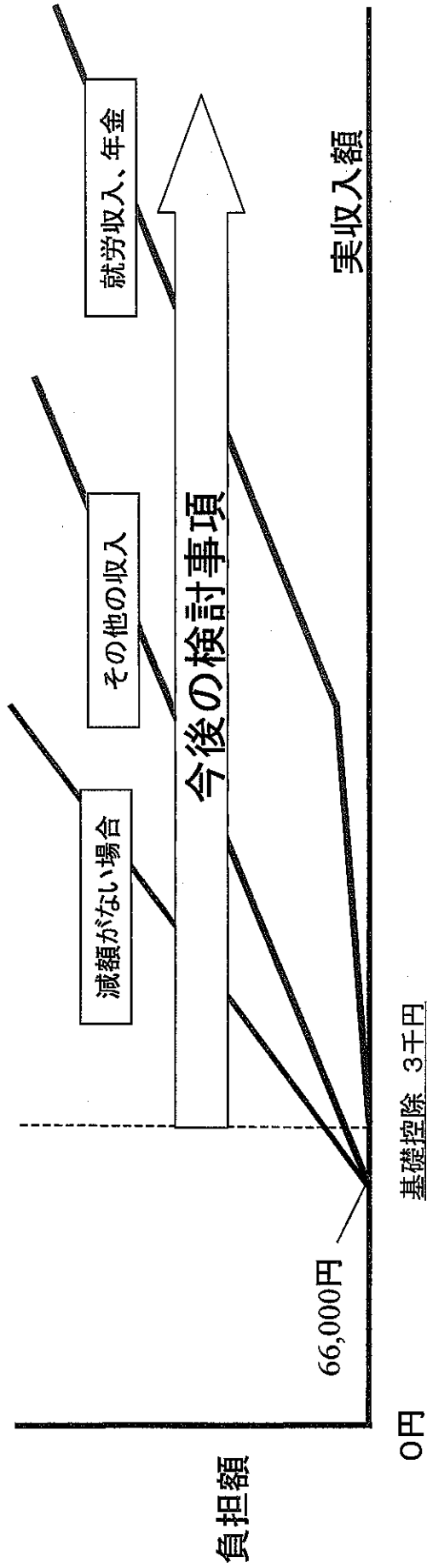
- 3年間の経過措置（期間終了までに実態調査を行い必要性を再検討）  
制度施行後3年間、食事や人的サービスの事業者により包括的に提供されるグループホーム、入所施設利用者に対して、定率負担に係る個別の減免制度を実施する。
- 負担能力がある場合には、利用者負担を負担していただくという考え方から、定率負担の個別減免措置を講じるにあたっては、障害者本人が一定の預貯金等を有していない場合に、個別減免の対象とすることとする。



# 定率負担の個別減免の場合の負担額

- 定率負担の個別減免措置を講じるにあたっては、障害者が得た収入のすべてを利用者負担として負担しなくともよいよう、負担額が減額される仕組みとする。
- この際、特に、就労等により得た収入については、働くことを促進する観点から、より負担額を減額する。
  - ・ 賃金、工賃等については、基礎控除として3千円(「その他生活費」の算定に当たり3～5千円の加算により負担軽減措置を受けている者は除く)を設定。→ 月額3千円の負担軽減措置
  - ・ 賃金、工賃等の基礎控除以上の額及び障害基礎年金2級相当を超える年金額に係る控除の方法は、グループホーム、入所施設別に制度施行時までには検討。

グループホーム入所者の負担額のイメージ



※入所施設については、食費等に係る補足給付を受けていることから、グループホームとは別の基準を設ける方向で検討。

(定率負担に係る措置)

③生活保護への移行防止について

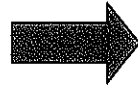
本来適用されるべき上限額を適用すれば生活保護を必要とするが、仮に、より低い上限額を適用すれば生活保護を必要としない状態になる者については、本来適用されるべき上限額より低い負担上限額を適用する。

月額上限24,600円



より低い上限額を適用

月額上限15,000円



より低い上限額を適用

月額上限 0円

※ 認定については、生活保護の収入、支出と同様の仕組みとする。

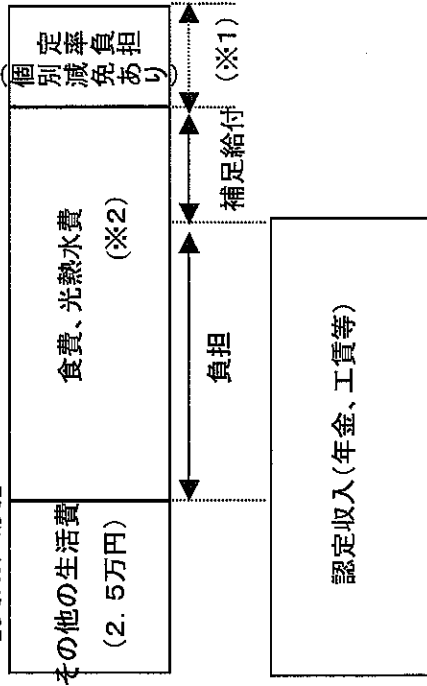
# (実費負担の軽減措置)

## ①入所施設における補足給付(食費・光熱水費の軽減措置)

① 20歳以上の入所者に係る実費負担の軽減措置

- 食費や居住費以外の「その他の生活費」として一定の額が残るように、食費、光熱水費について補足給付を行う。
  - 「その他生活費」の額については、2.5万円(平成21年度より2.1万円)とする。
- ※ 障害基礎年金1級の者、60歳以上の者等は3～5千円を加算。

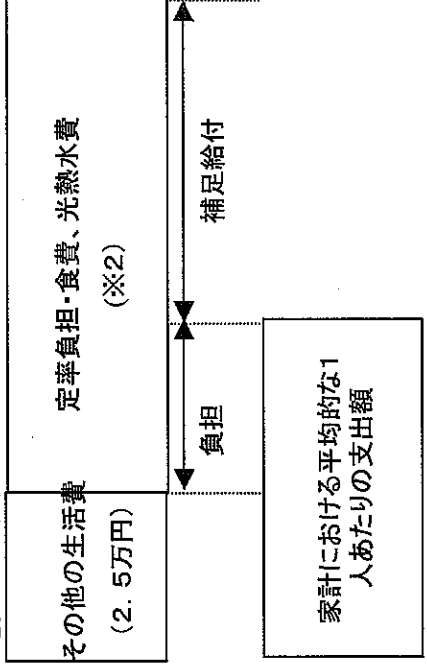
【費用尺度】



② 20歳未満の入所者に係る実費負担の軽減措置

- 収入のない20歳未満の入所者の実費負担について、子どもを養育する一般の世帯において通常要する程度の費用(収入階層別の家計における平均的な一人あたり支出)の負担となるように補足給付を行う。
  - 「その他生活費」の額については、2.5万円(平成21年度より2.1万円)とする。
- ※ 18歳未満の場合は、教育費として9千円を加算。

【費用尺度】



(※1)20歳以上の入所者に係る定率負担については、グループホームと同様の個別減免措置を講じる予定。  
 (※2)食費、光熱水費に係る補足給付を行う際の尺度として5.8万円(食費4.8万円、光熱水費1.0万円)を設定(今後、食事等に係るコストの実態に応じて3年ごとに見直すものとする)。

## (実費負担の軽減措置) ②通所施設等食費軽減措置

○新制度においては、通所施設、ショートステイ、デイサービスについては、定率負担のほか、食費が自己負担となる。

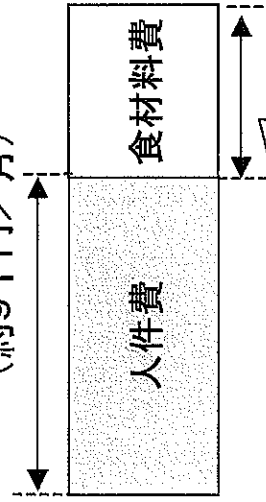
※ ショートステイ、デイサービスは、現行制度においても食費のうち食材料費が自己負担となっている。

○このため、施行後の概ね3年間、通所施設利用の低所得者(生活保護、低所得者1、低所得者2)について、食費のうち人件費相当分(1日約420円)を支給し、食材料費のみの負担とする減額措置を講ずる。

○なお、食費の実費については、利用者保護の観点から、施設が利用者に求めることができる費用の範囲を明確にした上で、その範囲内で、施設ごとに設定し、利用者と契約する仕組みとする。

＜参考＞実施後のおおむねの負担(通所施設、デイサービスの場合)

3年間支給 約420円/日  
(約9千円/月)



- ・ 現在の予算上は、食費約650円/日の単価であり、うち約230円/日が食材料費

- ・ これを前提として、月22日通った場合には、約5千円の実費負担となる。

注)実際の実費のコストは、個々の施設によって異なる。

約230円/日(約5千円/月)

# (参考) 支出の実態 (一般家計、グループホーム、入所施設)

障害基礎年金2級  
月額6.6万円

障害基礎年金1級  
月額8.3万円

(全世帯平均) 一人あたり9.4万円 <家計調査>

食費 (外食を含む) 2. 2万円	居住費 1. 3万円
----------------------	---------------

(年収200万円未満の世帯平均) 一人あたり5.0万円 <家計調査>

食費 (外食を含む) 1. 6万円	居住費 1. 2万円
----------------------	---------------

1.6万円

(グループホームの費用負担の状況) (知的障害者) 一人あたり5.2万円 (食費、居住費のみ)

食費 全平均 2. 4万円	居住費 全平均 2. 8万円	その他
------------------	-------------------	-----

(入所施設の費用負担の状況) (身体障害者) 一人あたり1.9万円 (基礎年金2級の場合)

応能負担 1. 9万円 (食費、居住費、介護費)	その他 4. 7万円
--------------------------------	---------------

(入所施設の費用負担の状況) (身体障害者) 一人あたり3.4万円 (基礎年金1級の場合)

応能負担 3. 4万円 (食費、居住費、介護費)	その他 4. 9万円
--------------------------------	---------------

※ その他の生活費は、被服・履物、家具・家事用品、保健医療、交通・通信、教育、教育娯楽費、その他支出である

# 平均的な利用者負担の例（在宅）

モデル1：在宅でホームヘルプを利用する障害児・者

	身体障害	知的障害	精神障害	障害児
月平均利用額	8.4万円	3.0万円	2.4万円	3.9万円
利用者負担	生活保護	0円	0円	0円
	その他	3.0千円	2.4千円	3.9千円
平均負担率	改正後	3.7%	3.0%	3.0%
	改正前	1.1%	0.8%	1.6%
				3.8%

<具体例>

- 収入10万円（年金1級 8.3万円、その他1.7万円） → 低所得者2に該当
- 日常生活支援 200時間 移動介護 20時間を利用している場合

現行制度 → 新制度 → 減免措置

0円	24,600円（低所得者Ⅱの上限額）	定率負担を減額しなければ生活保護の対象となる
	※定率1割負担は4万5千円だが、負担上限により、24,600円となる。	場合は生活保護を受ける必要がなくなる水準まで減免

モデル2：家族と同居して、通所施設に通いながら、ホームヘルプを利用する知的障害者

知的通所施設：月14.9万円（食費除く）/22日通所、ホームヘルプ 3.0万円/月

	食費（通所）	定率負担	合計
生活保護	0.50万円（約230円×22日）※	0	0.5万円
低所得1	0.50万円（約230円×22日）※	1.5万円	2.0万円
低所得2	0.50万円（約230円×22日）※	1.8万円	2.3万円
一般	1.43万円（約650円×22日）	1.8万円	3.23万円

※ 3年間の経過措置（予算上の数値を用いて計算しており、実際には施設ごとに異なる）



## 平均的な利用者負担の例（グループホーム/通所施設）

モデル3:グループホームで生活しつつ通所施設に通う知的障害者(グループホーム利用者の約2割)  
 グループホーム:月6.6万円、知的通所施設:月14.9万円(食費除く)/22日通所

	食費(通所)	定率負担	費用負担増
生活保護		0	0.5万円
低所得1	0.5万円(約230円×22日) ※1	1.5万円 (個別減免により0円まで減免)	0.5万円~2.0万円
低所得2		2.15万円 (個別減免により0円まで減免)	0.5万円~2.65万円
一般	1.43万円(約650円×22日)	2.15万円	1.43万円+2.15万円 = 3.58万円

※1 3年間の経過措置(予算上の数値を用いて計算しており、実際には施設ごとに異なる)

※2 グループホームの食費、居住費は従来から全額実費負担となっている。

# 平均的な利用者負担の例（施設）

## モデル4：入所施設に入所する障害者

○ 障害者の収入が障害基礎年金2級のみの場合（低所得者1）

	現行	改正後		
		定率負担	食費・居住費※2	合計
身体障害者療 護施設	19,100円※1	0円 (個別減免※3)	41,000円 (補足給付17,000円)	41,000円
知的障害者更 生施設	39,800円※1	0円 (個別減免※3)	41,000円 (補足給付17,000円)	41,000円

※1 支援費制度における利用者負担については、知的障害者では日常生活品費を給付の対象としていることから、身体障害者と異なり、日常生活品費を控除せず収入認定するため、同じ収入でも身体障害者の施設と知的障害者の施設では利用者負担額が異なる。

※2 食費を48,000円／月、光熱水費を10,000円／月とした場合

※3 預貯金が一定額以下の場合

# 公費負担医療の利用者負担

# 障害に係る公費負担医療制度の概要

## ○精神障害者通院公費

### 自己負担

保険給付7割+高額療養費	公費負担	定率負担 0.5割
公費負担 9.5割	生活保護	生活保護 0.5割

一般

生活保護

## ○更生医療、育成医療

### 自己負担

保険給付7割+高額療養費	公費負担 5割
公費負担 10割	公費負担 10割

一般

生活保護

	精神通院 (昭和40年創設)	更生医療 (昭和29年創設)	育成医療 (昭和29年創設)
対象疾患	精神疾患	視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害等	視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害等
対象年齢	全年齢	18歳以上	18歳未満
月平均 利用件数	約70万件 (平成14年)	約98万件 (平成14年)	約14万件 (平成14年)
1件平均 医療費	約3,200円 (通院のみ)	約40,000円 (入院・通院)	約41,200円 (入院・通院)
平均負担額 (負担率)	約1,600円/月 (約5%)	約3,200円/月 (約1%)	約5,600円/月 (約1%)
課税世帯割合	約1~2割(推計)	約5~6割	約7~8割

# 障害に係る公費負担医療制度の再編について

<現 行>

精神通院公費  
(精神保健福祉法)

更生医療  
(身体障害者福祉法)

育成医療  
(児童福祉法)

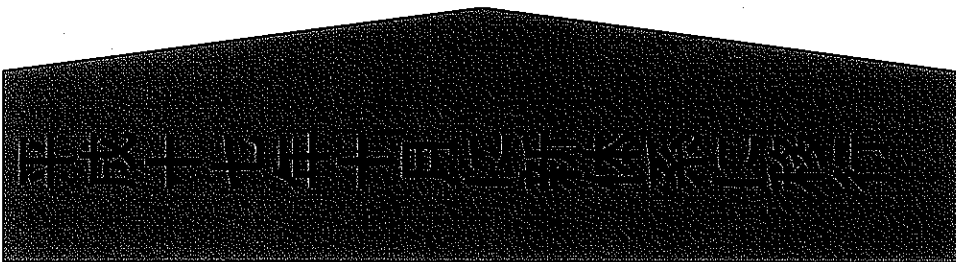
<見直し後>

- ・支給認定の手續を共通化
- ・利用者負担の仕組みを共通化
- ・指定医療機関制度の導入

・医療の内容や、支給認定の実施主体(※)については、現行どおり

※ 精神、育成 → 都道府県  
更生 → 市町村

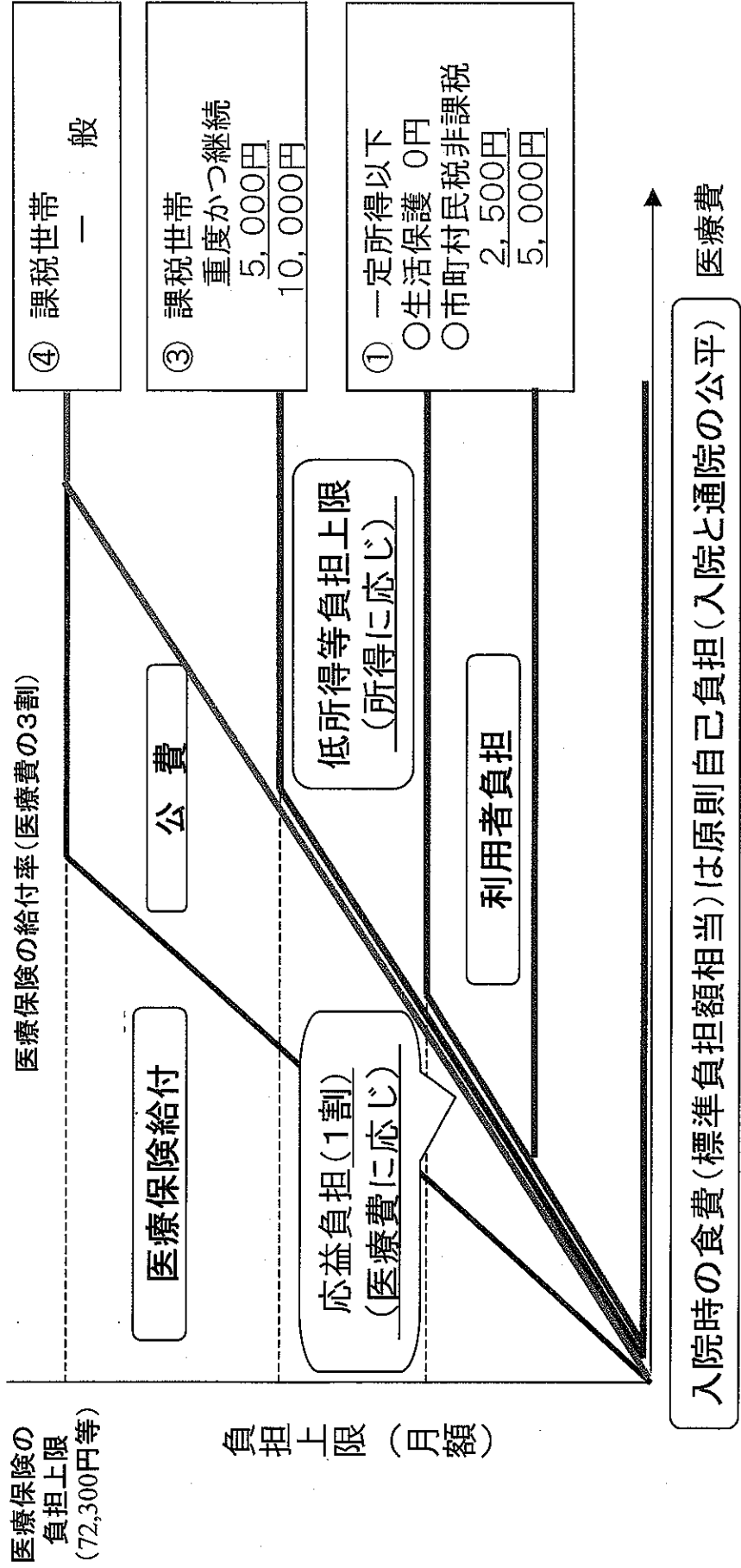
## 自立支援医療費制度



# 自立支援医療の自己負担 — 医療費と所得に着目 —

医療費のみに着目した応益負担(精神)と所得に着目した応能負担(更生・育成)を、次の観点から、「医療費と所得の双方に着目した負担」の仕組みに統合する。

- 制度間の負担の不均衡を解消する。(障害者間の公平＝医療費の多寡・所得の多寡に応じた負担)
- 必要な医療を確保しつつ、制度運営の効率性と安定性を確保する。(障害者自らも制度を支える仕組み)



# 自立支援医療の対象者、自己負担の概要

自己負担については原則1割負担。ただし負担上限額に達した場合はその額まで負担。また食費については自己負担とする。  
 (対象疾病は、現在の対象疾病の範囲を変更するものではない)

生活保護世帯	一定所得以下	中間的な所得	一定所得以上
市町村民税 非課税世帯 I	市町村民税 非課税世帯 II	所得税非課税	所得税額30万円未満 (所得税額30万円以上)
負担上限額 0円	負担上限額 2,500円	1割負担(※1)	公費負担の対象外 (医療保険の自己負担)
	負担上限額 5,000円	重 度 かつ 継 続(※2)	負担上限額 20,000円(※3)
		負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円

※1 ① 育成医療(若い世帯)における一時的な高額医療費発生の場合への経過措置(段階的縮小)を実施する。

(施行後3年を経た段階で、医療費の分布、平均負担率等を踏まえ見直す。)

② 再認定を認める場合や拒否する場合の要件については、今後、実証的な研究結果に基づき、制度施行後概ね1年以内に明確にする。

※2 ① 当面の重度かつ継続の範囲

・ 疾病、症状等から対象となる者

精神・・・統合失調症、躁うつ病(狭義)、難治性てんかん

更生・育成・・・腎臓機能・小腸機能・免疫機能障害

・ 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者

精神・更生・育成・・・医療保険の多数該当の者

② 重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえ、2年以内に範囲を見直す。

※3 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す。

# 入院時の食費負担(標準負担額)

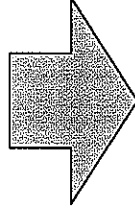
食費負担に係る各制度の考え方

○ 医療保険制度

:在宅療養の者と入院の者の費用負担の均衡を図る観点から、平均的な家計における一人当たりの食費に相当する額を標準負担額として求める。

○ 新たな障害福祉制度

:入所・通所施設を利用するものと利用しない者の費用負担の均衡を図る観点から食費(材料費、人件費)については自己負担とする。



医療保険制度や新たな障害福祉制度との整合性を確保し、

更生医療、育成医療に係る入院時の食費(標準負担額)については、自己負担とする。



# モデル的な利用者負担の変化

モデル1 旧)精神通院:うつ病 月1回の受診と継続的な服薬 月額医療費約1万円

	旧制度	新制度(1割負担)(注1)
生活保護		0円
低所得1		1千円
低所得2	0.5千円	1千円
所得税非課税 (市町村民税は課税)		1千円
所得税課税		1千円
一定所得以上		3千円

モデル2 旧)精神通院:統合失調症 デイケア等を利用 月額医療費約15万円

	旧制度	新制度(1割負担)(注1)
生活保護		0円
低所得1		2.5千円
低所得2	7.5千円	5千円
所得税非課税 (市町村民税は課税)		5千円
所得税課税		1万円
一定所得以上		1.5万円(経過措置)

# モデル的な利用者負担の変化

モデル3 旧)更生医療:腎疾患 通院で人工透析を実施 月額医療費約28万円

	旧制度	新制度(1割負担)(注1)
生活保護	0円	0円
低所得1	0円	2.5千円
低所得2	0円	5千円
所得税非課税 (市町村民税は課税)	2.3千円~3千円	5千円
所得税課税	3.5千円~1万円	1万円
一定所得以上	1万円(注2)	1万円(注2)

モデル4 育成医療:先天性心臓疾患(入院) 月額医療費約150万円

	旧制度	新制度(1割負担)(注1)
生活保護	0円	0円
低所得1	2.2千円	2.5千円+650円×日数
低所得2	2.2千円	5千円+650円×日数
所得税非課税 (市町村民税は課税)	4.5千円~5.8万円	5.8万円+780円×日数
所得税課税	6.9千円~4.4万円	5.8万円+780円×日数
一定所得以上	5.23万円 ~健康保険の規定通り	15.01万円+780円×日数 →健康保険の規定通り

(注1)新制度における上記数値は月の負担額の上限である。

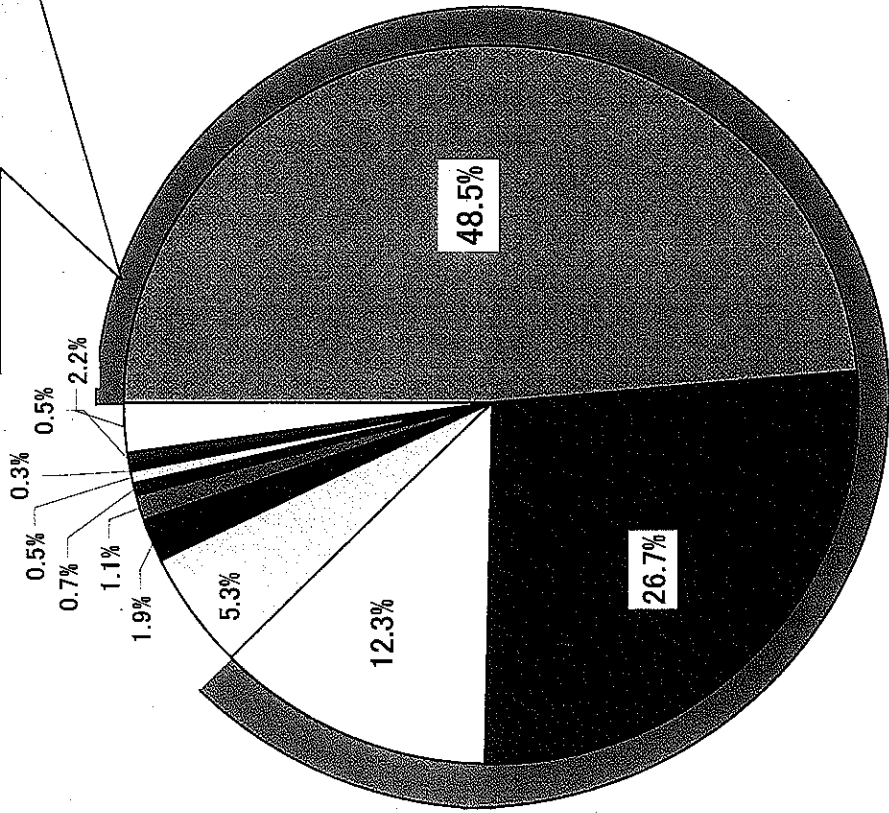
(注2)人工透析の医療保険制度における月額上限額は1万円である。

(注3)650円、780円は入院時の食費にかかる標準負担額(医療保険で自己負担と定めている)である。

# 一人当たり医療費の構成(精神通院)

一人あたり医療費が月額3万円以下(利用者負担の見直しの影響が月額1.5千円以下)の者が全体の87.5%

1人あたり医療費(5%負担)



- 0円～10,000円 (500円)
- 10,001円～20,000円 (500円～1,000円)
- 20,001円～30,000円 (1,000円～1,500円)
- 30,001円～40,000円 (1,500円～2,000円)
- 40,001円～50,000円 (2,000円～2,500円)
- 50,001円～60,000円 (2,500円～3,000円)
- 60,001円～70,000円 (3,000円～3,500円)
- 70,001円～80,000円 (3,500円～4,000円)
- 80,001円～90,000円 (4,000円～4,500円)
- 90,001円～100,000円 (4,500円～5,000円)
- 100,001円以上 (5,000円以上)

# 地域保健福祉対策について

平成17年度予算における重点施策 4億円

## 平成17年度予算

退院促進支援事業

約1.6億円

社会的入院者に対する退院訓練の実施

精神科救急医療体制整備

約1.3億円

急性精神病等の患者を24時間体制で受け入れ可能な精神科救急医療センターを整備

こころの健康づくり対策

約1.0億円

心の健康問題に関する専門職の養成及び正しい理解のための普及啓発等の実施

精神病院

精神科救急  
医療センター

専門職の養成

地

域

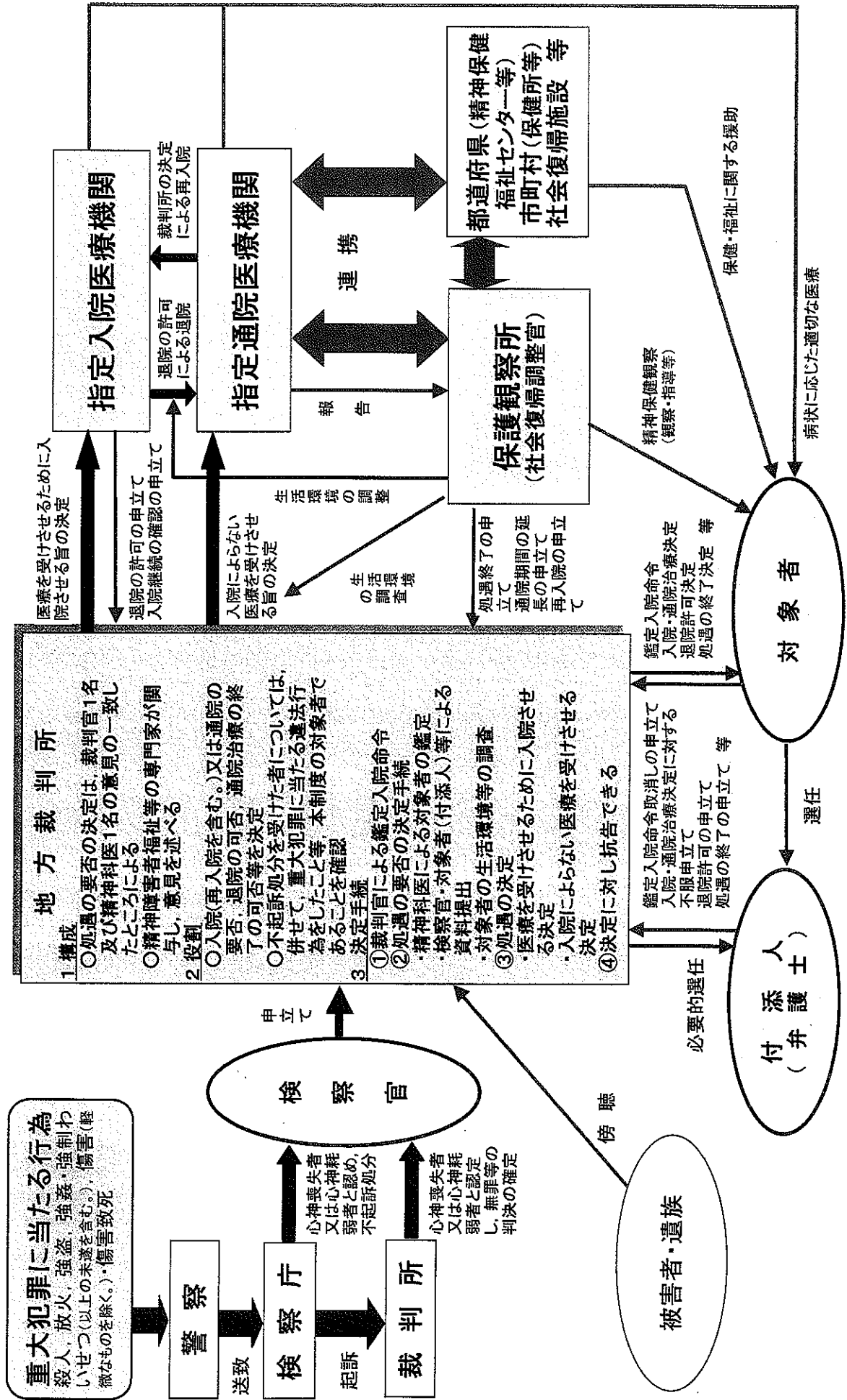
## 平成17年度予算の概要（公費負担医療国庫ベース）

平成17年度の公費負担医療に係る公費負担額は、平成17年10月の制度改正を前提にしている。

	平成16年度	平成17年度	増減分	改正影響
精神通院	477億円	547億円	+70億円	△12億円
更生医療 育成医療	111億円	108億円	△3億円	△26億円

## 心神喪失者等医療観察法の施行準備状況等について

# 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の概要



## 心神喪失者等医療観察法に係る厚生労働省の検討状況

### 1. 精神保健判定医名簿・精神保健参与員候補者名簿の作成

処遇事件ごとに精神保健審判医及び必要に応じ精神保健参与員を選任するために必要となる名簿の作成が必要

### 2. 指定入院医療機関の確保

今後3年間で、法施行後、実際に入院する者の増加に応じ段階的に、全国で当面24か所(約700床)を確保することが必要

### 3. 指定通院医療機関の確保

設置主体に関わらず、各都道府県に最低2か所、人口100万人当たり2～3か所程度の指定が必要

### 4. 地域社会における処遇のガイドラインに基づく運営の細則の作成

処遇に携わる者が、基本的な事項や処遇に対する考え方を共有するため、各地域における運用の細則を作成する必要がある

### 5. 鑑定入院を引き受ける医療機関のリストの提出

設置主体に関わらず、人口100万人当たり2～3か所程度の指定が必要



## 1. 精神保健判定医名簿・精神保健参与員候補者名簿の最高裁への提出

処遇事件ごとに精神保健審判医を任命し、必要に応じ精神保健参与員を指名することとなっているが、この任命及び指名の前提となる選任のため必要となる精神保健判定医名簿及び精神保健参与員候補者名簿については、各都道府県の協力を得ながら最高裁及び各地裁に提出したところ。

### (1) 精神保健判定医

目標数 326	↑	推薦数 415
---------	---	---------

### (2) 精神保健参与員候補者

目標数 326	↑	推薦数 415
---------	---	---------

## 2. 指定入院医療機関の確保(別紙1)

指定入院医療機関は、今後3年間で、法施行後、実際に入院する者の増加に応じ段階的に、全国で当面24か所(約700床)を確保することが必要であり、そのうち国関係の病院の8か所を先行して整備し、残り2/3の16か所を都道府県関係の病院で整備することとし、調整を進めている。

### (1) 国関係

①17年度中の整備見通し施設	3か所
②設計中の施設	4か所
③設計未着手の施設	1か所

○ 地域住民、議会、自治体に対し、理解を深めるため <u>全国で90回を超える説明会を実施</u>
○ 8か所以外に、 <u>追加することを国立病院機構と調整中</u>

### (2) 都道府県関係

○ 前向きに検討中	2都道府県
-----------	-------

※1か所は予算計上済

○ <u>概ね人口150万以上の28都道府県の担当部局長、院長に対し訪問し要請</u>
○ <u>重点的に14都道府県に対し、部局長が知事又は副知事に対し訪問し要請</u>

### 3. 指定通院医療機関の確保(別紙2)

指定通院医療機関は、設置主体に関わらず、各道府県に最低2か所、人口100万人当たり2～3か所程度を指定する必要がある。また、指定通院医療機関の状況に応じ、その指定通院医療機関を補完する訪問看護ステーション、ダイヤア等の確保や薬局の確保も必要であり、それぞれ調整を進めている。

(1)現在の推薦状況



※既存の地域医療体制を基礎に、医療バランスを踏まえ推薦依頼しているため、目標数との差に開きが生じる

(2)確保が見込めない都道府県の理由

- ①民間病院が同意する前提として、
  - ・都道府県病院の優先的な指定が必要
  - ・国関係の優先的な指定が必要
- ②事故の責任問題、役割・内容の明確化

- 都道府県に副大臣が訪問し要請
- 国立病院機構本部に部課長が訪問し要請
- 厚労省が該当都道府県で説明会を実施

### 4. 地域社会における処遇のガイドラインに基づく運営の細則の作成依頼(法務省に協力)(別紙3)

地域社会における処遇に携わる者が、①地域における連携体制の確保、②処遇の実施計画の策定プロセス、③処遇に携わる関係機関の役割、④緊急時の連絡体制、地域社会との情報窓口など基本的な事項や処遇に対する考え方を共有するため、各地域における運用の細則を定める必要があり、保護観察所と各道府県が協同に策定を依頼している。

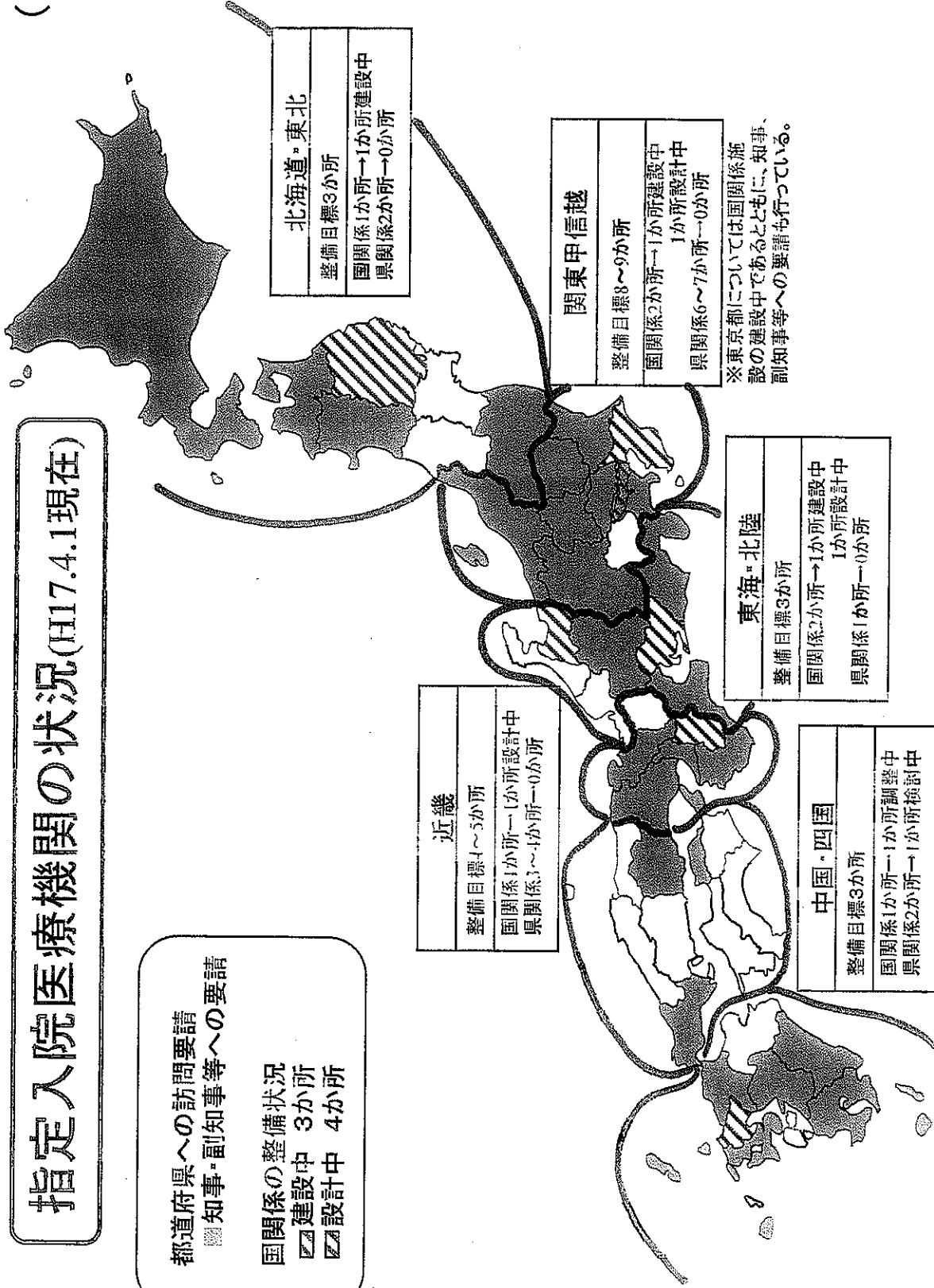
### 5. 鑑定入院を引き受ける医療機関のリストの提出(法務省・最高裁への協力)

鑑定入院を引き受ける医療機関は、設置主体に関わらず、人口100万人当たり2～3か所程度指定する必要があるが、その確保は急務のため、まずは、各道府県最低2か所の推薦を依頼し、この2か所のうち1か所については、精神病床を有する都道府県立病院を優先して推薦するようお願いしているところ。また、今回の推薦と並行し、各道府県において円滑な確保が図れるよう、国立病院機構本部及び文部科学省(国立大学附属病院)に対し、協力要請を行った。なお、今回の推薦依頼の他に、6月日処で追加推薦を段階的に依頼する予定。

指定入院医療機関の状況(H17.4.1現在)

都道府県への訪問要請  
 知事・副知事等への要請

国関係の整備状況  
 建設中 3か所  
 設計中 4か所



北海道・東北

整備目標	3か所
国関係	1か所→1か所建設中
県関係	2か所→0か所

関東甲信越

整備目標	8～9か所
国関係	2か所→1か所建設中 1か所設計中
県関係	6～7か所→0か所

※東京都については国関係施設の建設中であるとともに、知事、副知事等への要請も行っている。

東海・北陸

整備目標	3か所
国関係	2か所→1か所建設中 1か所設計中
県関係	1か所→0か所

近畿

整備目標	4～5か所
国関係	1か所→1か所設計中
県関係	3～4か所→0か所

中国・四国

整備目標	3か所
国関係	1か所→1か所調整中
県関係	2か所→1か所検討中

九州

整備目標	3か所
国関係	1か所→1か所設計中
県関係	2か所→0か所

整備目標数  
 全国で24か所(700床)程度

指定通院医療機関の推薦状況(H17.4.1現在)

- 推薦医療機関なし 4か所
- 推薦医療機関1か所 3か所
- 推薦医療機関2か所以上 40か所

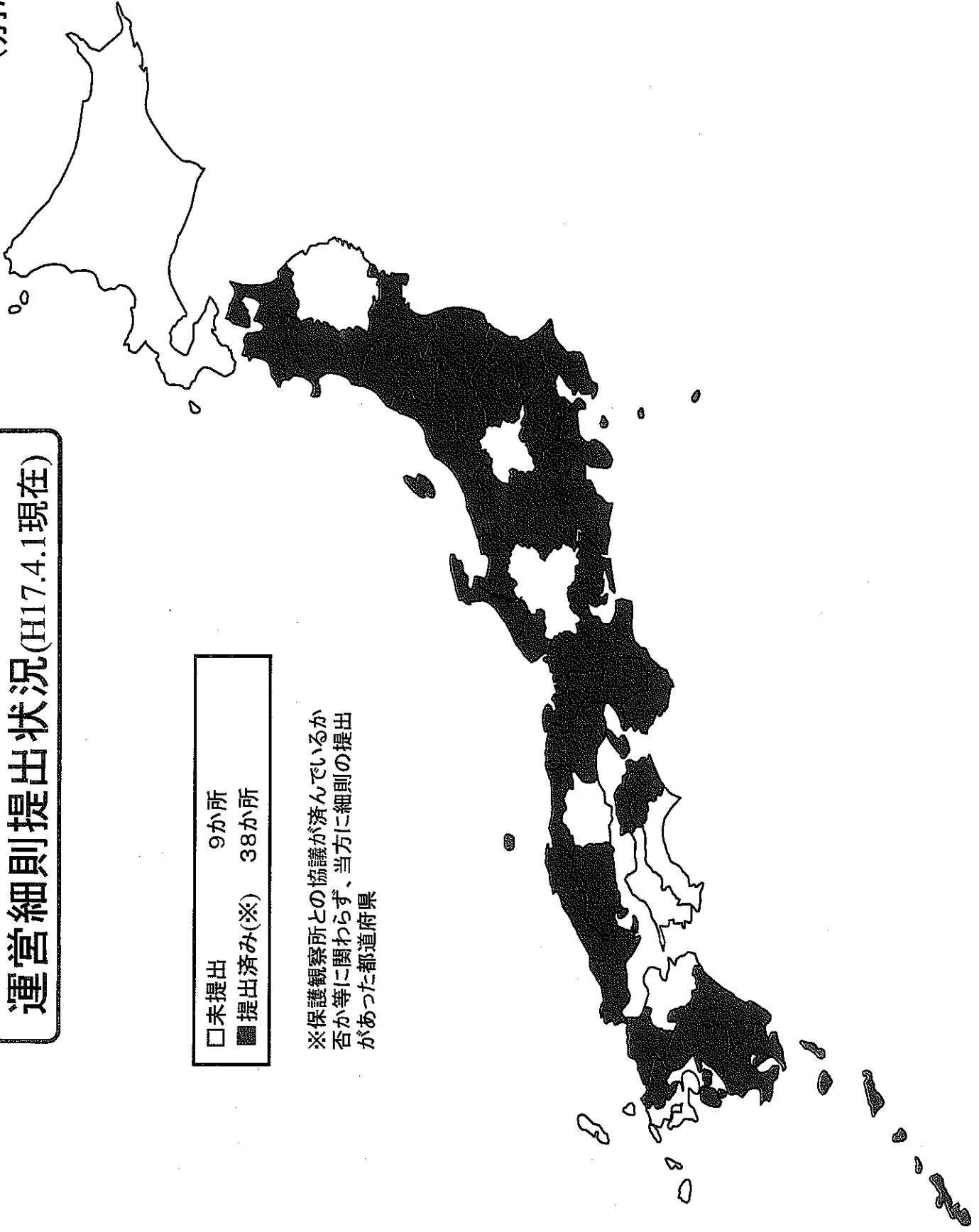
※「推薦医療機関2か所以上」の中には必要数に満たない都道府県がある。



運営細則提出状況(H17.4.1現在)

□未提出 9か所  
■提出済み(※) 38か所

※保護観察所との協議が済んでいるか  
否か等に関わらず、当方に細則の提出  
があった都道府県

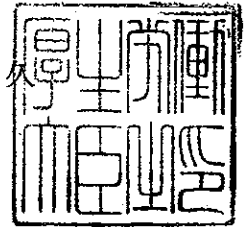




厚生労働省発障第 0426001 号  
平成 17 年 4 月 26 日

社会保障審議会 会長  
貝塚啓明 殿

厚生労働大臣 尾辻 秀



諮 問 書

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第92条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限、同条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限及び同法第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇に関する基準について、それぞれ別紙1、別紙2及び別紙3のとおり定めることにつき、貴会の意見を求めます。

○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第九十二条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年法律第百十号)第九十二条第二項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、同条の施行の日から適用する。

- 一 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の規定により指定入院医療機関に入院している者(以下「入院対象者」という。)によりこれを開封させ、異物を取り出した上入院対象者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)
- 二 裁判所及び地方厚生局の職員、法務局・地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに入院対象者の代理人又は付添人である弁護士との電話の制限
- 三 裁判所及び地方厚生局の職員、法務局・地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに入院対象者の代理人又は付添人である弁護士及び入院対象者又は保護者の依頼により入院対象者の代理人又は付添人となろうとする弁護士との面会の制限

○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第九十二条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年法律第百十号)第九十二条第三項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、同条の施行の日から適用する。

- 一 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の規定により指定入院医療機関に入院している者(以下「入院対象者」という。)の隔離(内側から入院対象者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該入院対象者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)
- 二 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該入院対象者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)



○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第九十三条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年法律第百十号)第九十三条第一項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める処遇の基準を次のように定め、同法の施行の日から適用する。

第一 基本理念

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の規定により指定入院医療機関に入院している者(以下「入院対象者」という。)の処遇は、入院対象者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、入院対象者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を入院対象者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は入院対象者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第二 通信・面会について

一 基本的な考え方

- (一) 入院対象者の院外にある者との通信及び来院者との面会(以下「通信・面会」という。)は、入院対象者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、入院対象者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。
- (二) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、入院対象者及び保護者に伝えることが必要である。
- (三) 電話及び面会に関しては入院対象者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であって、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の入院対象者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

二 信書に関する事項

- (一) 入院対象者の病状から判断して、家族等からの信書が入院対象者の治

療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保って信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ入院対象者の病状をみて当該主治医から入院対象者に連絡させる等の方法に努めるものとする。

- (二) 刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、入院対象者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、入院対象者に当該受信信書を渡した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

### 三 電話に関する事項

- (一) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を入院対象者及び保護者に知らせるものとする。
- (二) 電話機は、入院対象者が自由に利用できるような場所に設置される必要があるものとする。また、地方裁判所、地方厚生局担当部局、法務局・地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

### 四 面会に関する事項

- (一) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を入院対象者及び保護者に知らせるものとする。
- (二) 入院後は入院対象者の病状に応じできる限り早期に入院対象者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は採らないものとする。
- (三) 面会する場合、入院対象者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、入院対象者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

## 第三 入院対象者の隔離について

### 一 基本的な考え方

- (一) 入院対象者の隔離は、入院対象者の症状からみて、入院対象者本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、入院対象者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (二) 隔離は、入院対象者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために

行われるようなことは厳にあってはならないものとする。

(三) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。

(四) なお、入院対象者本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、入院対象者本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

## 二 隔離の対象となる入院対象者に関する事項

隔離の対象となる入院対象者は、主として次のような場合に該当すると認められる入院対象者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が入院対象者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合

エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、他の方法では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

オ 身体的合併症を有する入院対象者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

## 三 遵守事項

(一) 他の患者の隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に入院対象者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に入院対象者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。

(二) 隔離を行うに当たっては、当該入院対象者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(三) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。

(四) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等入院対象者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。

(五) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

## 第四 身体的拘束について

## 一 基本的な考え方

- (一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (二) 身体的拘束は、入院対象者本人の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

## 二 身体的拘束の対象となる入院対象者に関する事項

身体的拘束の対象となる入院対象者は、主として次のような場合に該当すると認められる入院対象者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば入院対象者本人の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

## 三 遵守事項

- (一) 身体的拘束に当たっては、当該入院対象者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (二) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

## 医療観察法下の行動制限等に関する告示について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第92条第1項には、指定入院医療機関の管理者は、医療観察法の入院決定を受け入院している者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な行動の制限を行うことができる旨規定されている。

しかしながら、

- ① 同条第2項において、厚生労働大臣があらかじめ定める行動の制限についてはこれを行うことができないこと
- ② 同条第3項において、厚生労働大臣があらかじめ定める行動の制限については、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないことが定められており、これら①及び②の内容については、いずれもあらかじめ社会保障審議会の意見を聞いて定めることとなっている。

また、

- ③ 医療観察法第93条第1項には、厚生労働大臣は、入院決定を受け入院している者の処遇について必要な基準を定めることができること
- が定められており、③の内容についても、同条第3項においてあらかじめ社会保障審議会の意見を聞いて定めることとなっている。

なお、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第36条及び第37条には上記規定と同様の規定があり、行動制限の内容や処遇についての基準の内容をそれぞれ告示で定めている。

上記を踏まえ、①から③の内容を定める告示を策定することにつき厚生労働省として検討したところ、

- ・ 医療観察法の入院決定を受け入院している者に行ってはならない行動制限等の内容について、当該者の人権を擁護する観点から、精神保健福祉法に基づき入院している者への内容と比べて、特にその範囲を狭めるべき理由がない
- ・ 医療観察法の対象となる者は精神保健福祉法にいう「精神障害者」であることには変わりなく、行動制限や処遇についての基準に求められる内容について、医療観察法と精神保健福祉法との間に実質上差異がない

ものと考えられることから、精神保健福祉法下の告示で既に定められている行動制限や基準と同様のものを定めることとして差し支えないと考えられ、別添のとおり、医療観察法下の告示を精神保健福祉法下の告示を参考に策定したいと考えている。

そこで、別添告示（案）に対する先生方のご意見を賜りたい。

※ なお、精神保健福祉法下の告示と医療観察法下の告示との相異点は、およそ参考資料のとおり。

## 精神保健福祉法下の告示と医療観察法下の告示との相異点

### ○ 主な文言の修正

- ① 「患者」を「入院対象者」に変更
- ② 「都道府県」を、適宜「裁判所」や「地方厚生局」に変更
- ③ 「厚生大臣」を「厚生労働大臣」に変更

### ○ その他主な変更点について

- ・ 「厚生労働大臣が定める基準」の第二の「三 電話に関する事項」の(2)

精神保健福祉法下の告示では「閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置する」と記載されているところ、医療観察法下の告示ではこれを削除している。

これは、医療観察法の対象者は、必ず閉鎖病棟に入院することとなるため、「閉鎖病棟内「にも」公衆電話等を設置することをあえて明示する意味がないからである。

なお、医療観察法に基づき入院している者がいる病棟に電話が設置されることは、「閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置する」という文言がなくとも保証される。

(参照条文)

○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 (平成十五年法律第百十号)

(行動制限等)

第九十二条 指定入院医療機関の管理者は、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により入院している者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 前項の規定にかかわらず、指定入院医療機関の管理者は、信書の発受の制限、弁護士及び行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

第九十三条 前条に定めるもののほか、厚生労働大臣は、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、指定入院医療機関の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第一項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。



○ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(昭和二十五年法律第二百二十三号)

(処遇)

第三十六条 精神病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 精神病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

第三十七条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、精神病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第一項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律下の行動制限等に関する告示についての比較

医療観察法下の規定(案)

○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第九十二条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

(平成十七年 月 日)

(厚生労働省告示第 号)

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年法律第百十号)第九十二条第二項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、同条の施行の日から適用する。

- 一 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第四十二条第一項第一号又は第六十条第一項第一号の規定により指定入院医療機関に入院している者(以下「入院対象者」という。))によりこれを開封させ、異物を取り出した上入院対象者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)
- 二 裁判所及び地方厚生局の職員、法務局・地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに入院対象者の代理人又は付添人である弁護士との電話の制限
- 三 裁判所及び地方厚生局の職員、法務局・地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに入院対象者の代理人又は付添人である弁護士及び入院対象者又は保護者の依頼により入院対象者の代理人

精神保健福祉法下の規定

○ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

(昭和六十三年四月八日)

(厚生省告示第百二十八号)

精神保健法(昭和二十五年法律第百二十三号)第三十六条第二項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和六十三年七月一日から適用する。

- 一 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)
- 二 都道府県及び地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限
- 三 都道府県及び地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又は保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限

又は付添人となろうとする弁護士との面会の制限

○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第九十二条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

(平成十七年 月 日)

(厚生労働省告示第 号)

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年法律第百十号)第九十二条第三項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、同条の施行の日から適用する。

一 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の規定により指定入院医療機関に入院している者(以下「入院対象者」という。)の隔離(内側から入院対象者本人の意思によつては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該入院対象者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)

二 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該入院対象者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に

○ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

(昭和六十三年四月八日)

(厚生省告示第百二十九号)

精神保健法(昭和二十五年法律第百二十三号)第三十六条第三項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和六十三年七月一日から適用する。

一 患者の隔離(内側から患者本人の意思によつては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)

二 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

○ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定

関する法律第九十三条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

(平成十七年 月 日)

(厚生労働省告示第 号)

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年法律第百十号)第九十三条第一項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める処遇の基準を次のように定め、同法の施行の日から適用する。

### 第一 基本理念

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の規定により指定入院医療機関に入院している者(以下「入院対象者」という。)の処遇は、入院対象者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、入院対象者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を入院対象者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は入院対象者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

### 第二 通信・面会について

#### 一 基本的な考え方

(一) 入院対象者の院外にある者との通信及び来院者との面会(以下「通信・面会」という。)は、入院対象者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、入院対象者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、

に基づき厚生労働大臣が定める基準

(昭和六十二年四月八日)

(厚生省告示第百三十号)

精神保健法(昭和二十五年法律第百二十三号)第三十七条第一項の規定に基づき、厚生大臣が定める処遇の基準を次のように定め、昭和六十三年七月一日から適用する。

### 第一 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

### 第二 通信・面会について

#### 一 基本的な考え方

(一) 精神病院入院患者の院外にある者との通信及び来院者との面会(以下「通信・面会」という。)は、患者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則とし

原則として自由に行われることが必要である。

(二) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、入院対象者及び保護者に伝えることが必要である。

(三) 電話及び面会に関しては入院対象者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であつて、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の入院対象者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

### 二 信書に関する事項

(一) 入院対象者の病状から判断して、家族等からの信書が入院対象者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保つて信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ入院対象者の病状をみて当該主治医から入院対象者に連絡させる等の方法に努めるものとする。

(二) 刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、入院対象者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、入院対象者に当該受信信書を渡した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

### 三 電話に関する事項

(一) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を入院対象者及び保護者に知らせるものとする。

(二) 電話機は、入院対象者が自由に利用できるような場所に設置される必要があるものとする。また、地方裁判所、地方厚生局

て自由に行われることが必要である。

(二) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、患者及び保護者に伝えることが必要である。

(三) 電話及び面会に関しては患者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であつて、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の患者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

### 二 信書に関する事項

(一) 患者の病状から判断して、家族等からの信書が患者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保つて信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ患者の病状をみて当該主治医から患者に連絡させる等の方法に努めるものとする。

(二) 刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、患者に当該受信信書を渡した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

### 三 電話に関する事項

(一) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護者に知らせるものとする。

(二) 電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要がある、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする

担当部局、法務局・地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

#### 四 面会に関する事項

(一) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を入院対象者及び保護者に知らせるものとする。

(二) 入院後は入院対象者の病状に依りできる限り早期に入院対象者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は採らないものとする。

(三) 面会する場合、入院対象者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、入院対象者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

#### 第三 入院対象者の隔離について

##### 一 基本的な考え方

(一) 入院対象者の隔離は、入院対象者の症状からみて、入院対象者本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、入院対象者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。

(二) 隔離は、入院対象者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。

(三) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を

。また、都道府県精神保健福祉主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

#### 四 面会に関する事項

(一) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護者に知らせるものとする。

(二) 入院後は患者の病状に依りできる限り早期に患者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は採らないものとする。

(三) 面会する場合、患者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、患者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

#### 第三 患者の隔離について

##### 一 基本的な考え方

(一) 患者の隔離(以下「隔離」という。)は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。

(二) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。

(三) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を

要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。

(四) なお、入院対象者本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、入院対象者本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

### 二 隔離の対象となる入院対象者に関する事項

隔離の対象となる入院対象者は、主として次のような場合に該当すると認められる入院対象者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が入院対象者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、他の方法では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

オ 身体的合併症を有する入院対象者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

### 三 遵守事項

(一) 他の患者の隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に入院対象者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に入院対象者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。

(二) 隔離を行うに当たっては、当該入院対象者に対して隔離を行

要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。

(四) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

### 二 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

### 三 遵守事項

(一) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。

(二) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由

う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(三) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。

(四) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等入院対象者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。

(五) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

#### 第四 身体的拘束について

##### 一 基本的な考え方

(一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。

(二) 身体的拘束は、入院対象者本人の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。

(三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

#### 二 身体的拘束の対象となる入院対象者に関する事項

を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(三) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。

(四) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。

(五) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

#### 第四 身体的拘束について

##### 一 基本的な考え方

(一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。

(二) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。

(三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

#### 二 対象となる患者に関する事項



身体的拘束の対象となる入院対象者は、主として次のような場合に該当すると認められる入院対象者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合に行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば入院対象者本人の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

### 三 遵守事項

(一) 身体的拘束に当たっては、当該入院対象者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(二) 身体的拘束を行つている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならぬものとする。

(三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合に行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

### 三 遵守事項

(一) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(二) 身体的拘束を行つている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならぬものとする。

(三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

### 第五 任意入院者の開放処遇の制限について

(略)

## 障害者虐待防止についての勉強会

### 1. 趣 旨

施設や家庭等で続発する障害者に対する虐待防止の在り方及び防止のための適切な支援の在り方を検討するため、障害保健福祉部長の主催する、各方面の有識者や行政担当者による勉強会を開催し、施策の方向性を検討する。

### 2. 参加メンバー

障害に関する有識者  
(別紙参照)

#### 行政担当者

厚生労働省 障害保健福祉部 企画課、  
障害福祉課、  
精神保健福祉課

### 3. 開催状況

#### 第1回「障害者虐待防止についての勉強会」

日 時：平成17年2月18日(金) 18:00～20:00  
場 所：厚生労働省社会・援護局第2会議室(4階)

#### 第2回「障害者虐待防止についての勉強会」

日 時：平成17年3月11日(金) 18:00～20:00  
場 所：厚生労働省社会・援護局第2会議室(4階)

#### 第3回「障害者虐待防止についての勉強会」

日 時：平成17年3月23日(水) 18:00～20:00  
場 所：厚生労働省社会・援護局第2会議室(4階)

### 4. 今後の予定

- 4月以降、勉強会を継続的に実施。第4回は4月27日(水)の予定。
- ・勉強会の意見を踏まえ、更に虐待防止方策について検討
  - ・虐待防止の掲示物、職員・行政用虐待防止マニュアルの検討等

(別紙)

## 虐待防止についての勉強会メンバー

藤沢敏孝	知的障害者施設エルシーヌ藤が丘施設長
中野敏子	明治学院大学社会福祉学科教授
松友 了	全日本手をつなぐ育成会常務理事
佐藤彰一	弁護士・法政大学法学部教授
野沢和弘	毎日新聞社社会部副部長・全日本手をつなぐ育成会権利擁護 委員会委員長

# 障害者虐待防止についての勉強会の意見の概要（案）

## I. 障害者虐待の現状

### 1. 施設における虐待の共通点（知的障害施設の場合）

- ・虐待そのものが利用者本人にも理解されず、親が施設への配慮から虐待する側を守る場合がある。
- ・職員に体罰という認識がなく、指導・しつけと考えている。また、職員側に利用者への支援のスキルがない場合が多い。
- ・利用者が言わない、言えない。あるいは、利用者が言っているのに声が届かないと、体罰が繰り返され、さらにエスカレートする場合もある。

### 2. 虐待防止について

- ・職員に支援スキルが必要。そのためには実際的な研修が必要である。
- ・虐待行為は密室で生まれる。第三者が介在する必要がある。
- ・権利侵害は、軽度のものから連続的に悲劇的なものとなっていく、初期の段階で対応することが大切である。そのためには、権利侵害を掘り起こしていく必要がある。
- ・虐待が発生していたら、虐待に対するための権限を持った行政機関と生活に密着した民間の機関が機能分担して対応していく必要がある。

## II. 障害者虐待を未然に防止するための取り組み

### 1. 施設協会の取り組み

- ・施設団体とし虐待の調査、指導、施設の建て直しなどを検討していく必要がある。

### 2. 千葉県の中核地域生活支援センターについて

- ・センターは民間と行政が協働して行い、24時間365日の相談支援を行っている。虐待事例の緊急対応は、福祉救急隊により、現地にすぐに入ることになっている。

## III. 今後の虐待防止のための方策について

### 1. 障害者虐待の実態調査などについて

- ・虐待の実態を把握する際、事例などを含めて調査する必要がある。

### 2. 虐待の通告・介入について

- ・虐待が発生している場合、周囲の職員が気づいていることがほとんどである。法律等により通告を義務化する必要があるのではないか。
- ・虐待の通告を受ける機関や利用者を守り、通告者を守る機関が必要。

### 3. 虐待防止に関する掲示物に関して

- ・意識を促すために虐待防止のポスター等を掲示をするのは有効である。

### 4. 権利擁護のシステム

- ・虐待を未然に防止するため、専門に苦情を受ける機関や専門家が必要である。

### 5. 障害者虐待防止法などの法整備について

- ・知的障害者施設では権利侵害は起きやすい。権利侵害を犯しそれに気づき反省する機会がないまま虐待へとエスカレートする。権利侵害が虐待に発展しないために法整備が必要である。
- ・「虐待は絶対に許さない」という理念をうち立てるために、障害者虐待防止法の制定が必要。

# 障害者自立支援法案に関する国会での議論の状況について (要約)

※詳細は国会議事録をご覧ください。

## 1. 改正の趣旨関係

- 支援費制度について、創設からわずか2年しか経っていないのに、新たな自立支援制度に変更するのはなぜか。(3/16 参・予算委 小林正夫議員)

支援費制度につきましては、障害者自らが契約により福祉サービスを利用する制度が導入されたこと、障害福祉サービスを実施する市町村が増え、それまでサービスを利用できなかった知的障害者や障害児を中心に多くの方が新たにサービスを利用できるようになったことなど、障害者の地域生活を進める上で重要な役割を果たしているものと評価をしている。

しかしながら、同時に、現在の支援費制度は支援の必要性に応じた客観的な基準がないことなどのため地域における格差が大きいこと、そもそも福祉サービスの整備が後れている精神障害者が対象になっていないことなどの問題点があると認識をしており、今後もサービスの利用者が増加することが見込まれる中で、このままでは制度を維持することが困難になっており、制度を見直しさせていただきたいと思っている。(大臣)

## 2. 利用者負担関係

- 利用者負担の見直しの基本的考え方如何。(2/23 衆・厚労委 園田康博議員)

一昨年の四月から始まった支援費制度、理念において自己選択と自己決定ということで、非常にすぐれたものであったと思いますが、全国各地でサービスが伸びる一方で、財源の確保が難しく、結果的に財源の問題から必要なサービスが提供できないという事態が懸念されている。これから伸びていくサービスを質、量ともよくしていくという意味で、関係する関係者、これはサービスを利用される御本人も含めて、みんなで分担し合うということが不可欠であろうと考えている。

今度導入しようとする制度は、受けたサービスの量と所得の両者を勘案して御負担をしていただくという制度であり、定率は一割になるが、低所得者の方々、生活保護、市町村民税非課税、そういうの方々についてはきめ細かな限度額を設けるといった低所得者対策もしており、グループホームなどで暮らしている方については、一割負担のサービスが、例えば基礎年金だけの場合には実質的に負担がないような仕組みを導入するとか、かなりきめ細かな配慮をする予定にしている。(部長)

- 利用者負担は本人の所得に着目すべきで、親、兄弟に負担を求めるべきではないのではないか。(2/18 衆・予算委 福島豊議員) (2/23 衆・厚労委 園田康博議員) (2/25 衆・予算委第5分科会 宮下一郎議員) (3/10 参・予算委 紙智子議員) (3/15 参・厚労委 西島英利議員) (3/16 参・予算委 小林正夫議員)

介護保険制度などと同様に生計を一にする世帯全体の負担能力を判定するという提案をしているが、障害者の自立という観点から本人の所得のみをみるべきという強い要望があることは承知しており、このことは十分踏まえていきたい。一方で、民法上の生活保持義務が課されている配偶者について親、兄弟と同一に取り扱うのがよいか、税制面で扶養控除を受けている場合や健康保険制度の被扶養者になっている場合とどう整合させるかといったいろいろなご意見があり、これからご意見を伺いながら、結論を出していきたい。(大臣・部長)

- 福祉工場における就労についても利用者負担を求めるのは、障害者の就労の促進に逆行するものであり、再検討が必要ではないか。(2/18 衆・予算委 福島豊議員)

事業者の負担により利用料を減免することができる仕組みを検討したい。(大臣)

### 3. 新事業体系関係

- ガイドヘルパーについて、地域生活支援事業の中で給付が適切に確保されるか、当事者の不安の声は強い。政府の見解を求める。(2/23 衆・厚労委 福島豊議員)

地域生活支援事業に位置づけることにより、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な形態で実施が可能になると考えている。また、地域生活支援事業に位置づけるに当たっては、これまでの経緯等を踏まえ市町村が必ず実施しなければならない事業とするとともに、その費用についても国・都道府県が補助することができる旨の規定を設けることとしており、今後も、必要なサービスが適切に受けられるものと考えている。(副大臣)

- 身体障害者のグループホームを認めるべきではないか (2/25 衆・予算委第5分科会 宮下一郎議員)

関係者の中にも住まいの確保という観点から必要だという人とプライバシーの問題等の理由から好ましくないという人がいる。関係者の意見を聞きつつ十分に検討してまいりたい。(部長)

- 障害者自立支援法案により小規模作業所の位置づけや機能はどう変わるのか。しっかりと制度化されるのか。(3/4 参・予算委 木庭健太郎議員)

従来の小規模作業所、授産施設と言ったものは、今回のこの支援法の体系においては、将来的に企業の雇用につながる支援をしていただく役割、就労していただく機能、それから重度の障害者の皆さんに対しては創作的活動などの機会の提供というものに再編されると考えている。都道府県の策定する障害者福祉計画に基づきながら計画的にこの方向に移行できるようにと考えている。

小規模作業所を利用する皆さん方の、経営のノウハウ等について勉強をしていただくための予算を確保して、スムーズに移行できるようにがんばってまいりたい。(副大臣)

- 小規模作業所は、地域活動支援センターに移行していくものも多いと思うが、運営費が裁量的経費で不安に感じている関係者も多い。どう対応していくのか。(3/4 参・予算委 木庭健太郎議員)

地域活動支援センターの重要性にかんがみて、大変重要な役割を果たしてもらうわけであることから、市町村等が必ず実施しなければならない事業として位置付けるとともに、その費用についても国、都道府県が補助することができる旨の規定を設けることとしている。国としては、地域生活支援事業が適切に実施されるよう、十八年度予算においては、必要な予算の確保に最大限努力をしたいと考えている。(大臣)

#### 4. 精神通院医療関係

- 精神障害者公費負担医療において負担を求めることについて、治療の中断につながるなどの懸念が当事者団体や地方自治体から寄せられている。適切な負担水準の設定と、重度かつ継続の対象となる疾病の範囲について今後十分な検討が必要ではないか。(2/23 衆・厚労委 福島豊議員) (3/10 参・予算委 紙智子議員)

今回の改正では、無理のない負担水準になるよう、所得に応じ毎月の負担上限を設ける予定であり、また、「重度かつ継続」の範囲については広すぎる、狭すぎる双方の意見があることから、実証的な研究結果を踏まえ対象の明確化を図ることとし、概ね2年以内に結論を得たものから随時実施することを予定している。(副大臣)

## 5. その他

- 障害者給付審査会というものが設けられチェックを受けることになると重度の人のサービスが制約を受けるのではないか。(2/18 衆・予算委 福島豊議員)

支給決定の客観化や透明化を図る必要があるというかねてからのご指摘を踏まえ審査会を設置することとしたが、御懸念のことがないようきちんとしたい。(大臣)

- 将来的には自立支援法は障害の種別や手帳の有無に係わらない普遍的な法律とすべきではないか。(2/23 衆・厚労委 福島豊議員) (2/23 衆・厚労委 園田康博議員) (2/25 衆・予算委第5分科会 宮下一郎議員) (3/15 参・厚労委 朝日俊弘議員)

自立支援法案により、障害の種別に関わらず一元的にサービスを提供する仕組みを構築することにより、とりわけ対策の遅れていた精神障害者の福祉が進むものと考えている。今回の法案は、普遍的な法律への大きな第一歩となるものであり、今後とも、支援を必要とする人がきちんとサービスを利用できる仕組みについて、幅広く検討してまいりたい。(大臣)

- 障害者の所得保障について今後どのように取り組んでいくのか。(2/23 衆・厚労委 福島豊議員) (2/25 衆・予算委第5分科会 宮下一郎議員)

障害者の所得保障としては、福祉と雇用が連携した就労支援に積極的に取り組むことにより、その適性に応じて障害者が働けるようにしていくことを一つの柱として、今後障害者の就労に力を注いでまいりたい。(大臣)

- 介護保険法の改正法案の附則において、今後、対象者の範囲について検討することとされているが、これは障害者にも対象を拡大するということを念頭に置いているのか。(2/23 衆・厚労委 大村秀章議員) (2/23 衆・厚労委 園田康博議員) (2/25 衆・予算委第5分科会 宮下一郎議員)

附則の検討規定では、障害者について直接言っていないが、検討の具体的な内容に障害者は含まれているものと考えている。(大臣)

- 介護保険法の改正法案の附則で「平成21年度を目途に所要の措置を講ずる」とされているが、具体的にはいつまでに、どの場で結論を出すのか。(4/15 衆・厚労委 馬淵澄夫議員)

時期としては、平成18年度末を考えている。検討の場としては学識経験者や制度の費用負担者をメンバーとする新たな検討の場を設けてこの問題について検討したいと考えている。(大臣)