

障害保健福祉関係主管課長会議（平成17年4月28日）

資料一覧

資料1 福祉サービスの利用者負担について

資料2 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3 障害福祉計画について

資料4 精神保健施策の改革と医療計画の見直しについて

資料5 精神保健福祉の抜本的な改革

参考資料① 障害者自立支援法案に関するこれまでの国会答弁の議事録

参考資料② 3月18日全国会議で提出された質問事項（制度改正関係）について

障害保健福祉関係主管課長会議日程

平成17年4月28日(木) 於 三田共用会議所 講堂

区 分	時 間	時 間 帯
(受 付)	(30)	(9 : 30 ~ 10 : 00)
障害保健福祉部長挨拶	10	10 : 00 ~ 10 : 10
① 福祉サービスに関する 利用者負担について (障害福祉課)	60	10 : 10 ~ 11 : 10
② 新支給決定手続きについて (企画課)	60	11 : 10 ~ 12 : 10
(昼 食)	(70)	(12 : 10 ~ 13 : 20)
③ 障害福祉計画について (障害保健福祉改革推進室)	10	13 : 20 ~ 13 : 30
④ 病床算定式等について (精神保健福祉課)	30	13 : 30 ~ 14 : 00
⑤ 心神喪失者等医療観察法に ついて (医療観察法医療体制整備推進室)	10	14 : 00 ~ 14 : 10
⑥ 質疑応答	60	14 : 30 ~ 15 : 30

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 — 実費負担＋サービス量と所得に着目した負担 —

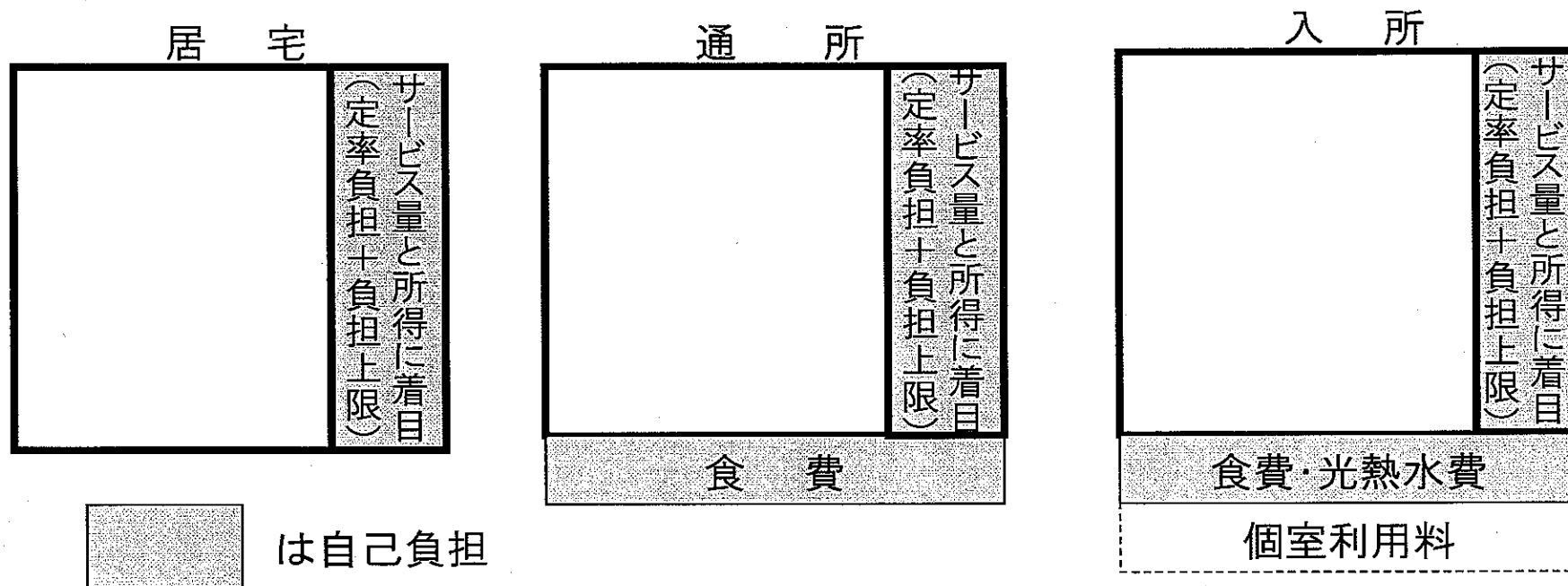
(居宅、通所)

○ 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

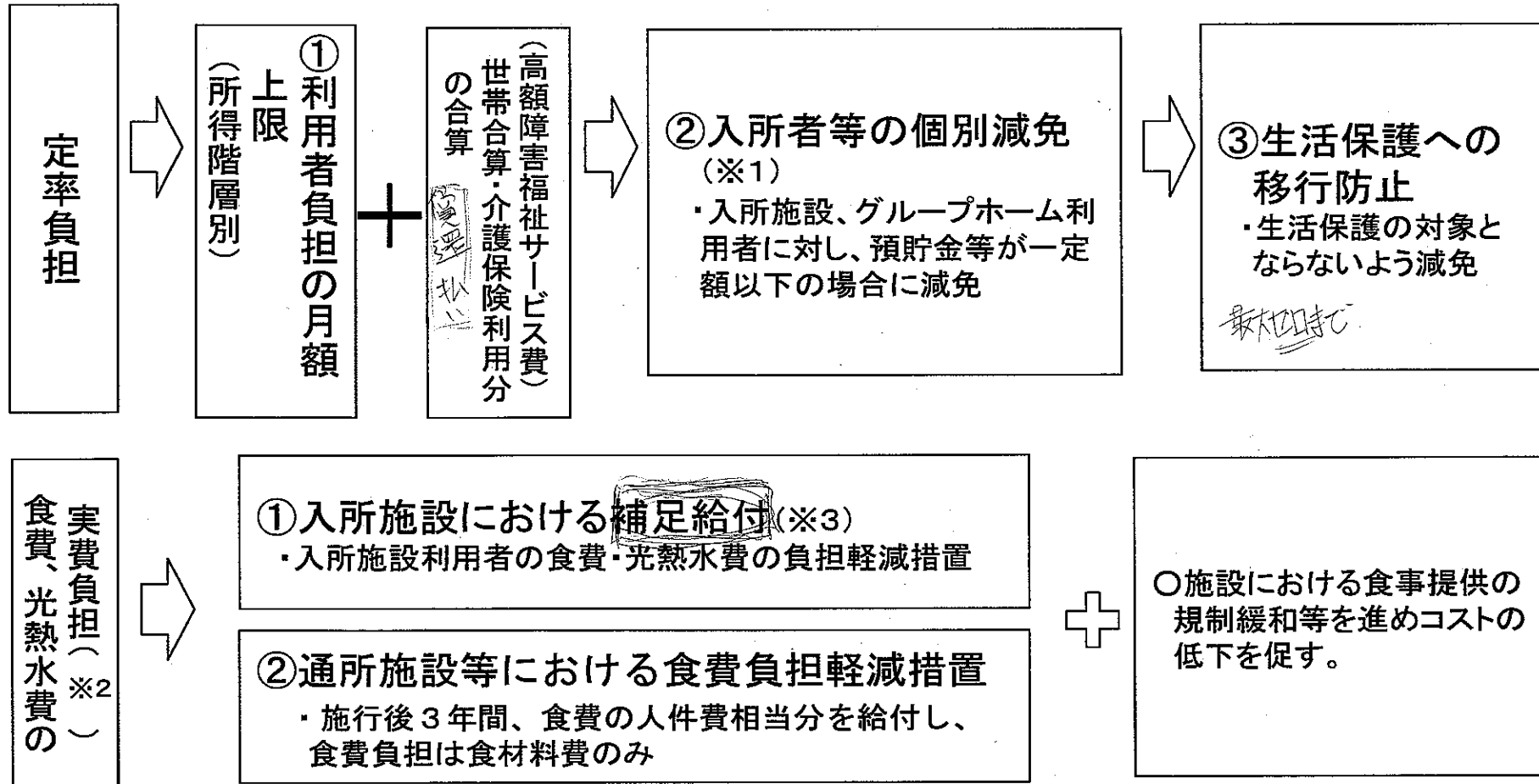
負担能力の乏しい者については、経過措置も含め負担軽減措置を講ずる。



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のから対象となる。

利用者負担に係る配慮措置



※1 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)

※2 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。

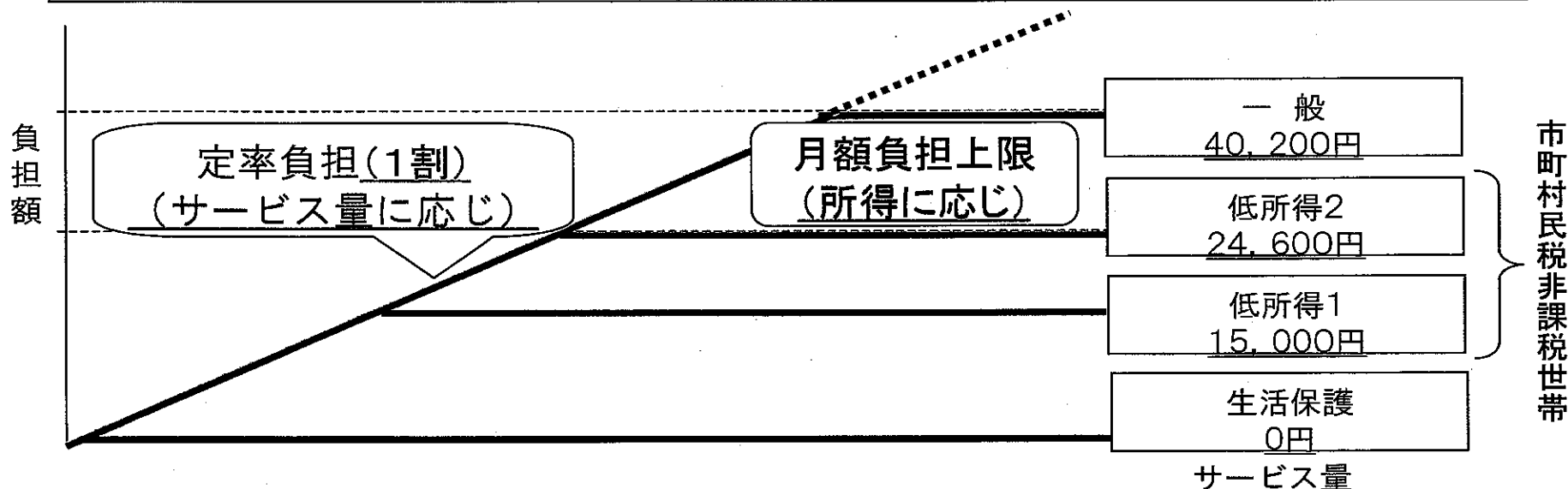
※3 入所施設における食費等に係る実際のコスト等を調査し、その結果を補足給付の基準額に反映。

(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 *住居費*
- 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。

生活保持義務

・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】

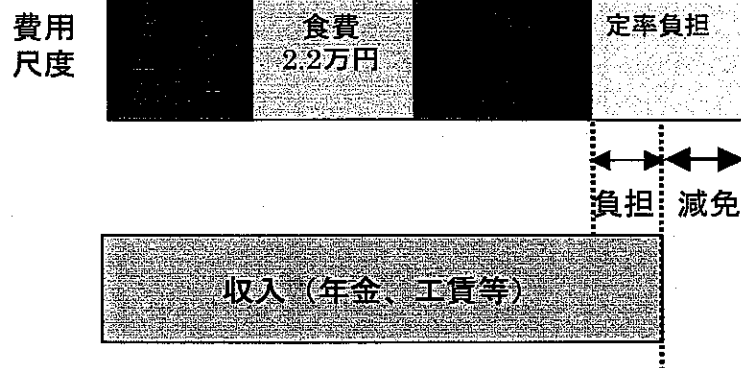
- ・被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫及び弟妹の場合→生計維持関係があること
 - ・被保険者の3親等内の親族で上記に掲げる以外の者等の場合→生計維持関係にあり、かつ、同居していること
- ※生計維持関係・・・同居している場合→原則として年収130万円未満であって被保険者の収入の2分の1未満
同居していない場合→原則として年収130万円未満

(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

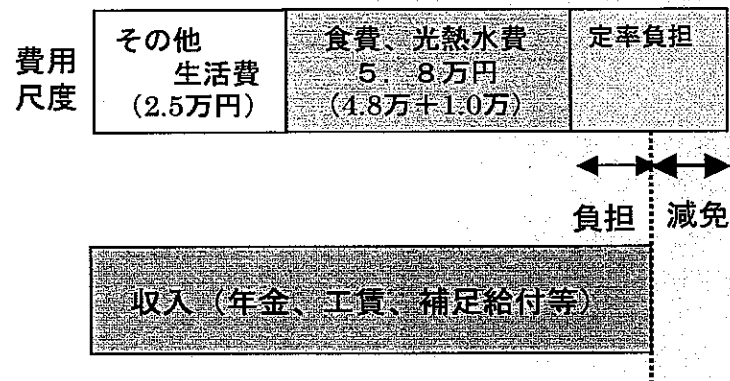
- 3年間の経過措置（期間終了までに実態調査を行い必要性を再検討）
制度施行後3年間、食事や人的サービスが事業者により包括的に提供されるグループホーム、入所施設利用者に対して、定率負担に係る個別の減免制度を実施する。
- 負担能力がある場合には、利用者負担を負担していただくという考え方から、定率負担の個別減免措置を講じるにあたっては、障害者本人が一定の預貯金等を有していない場合に、個別減免の対象とすることとする。

グループホーム利用者



※ 障害基礎年金1級の者、60歳以上の者等はその他生活費に3~5千円加算して計算

入所施設利用者(20歳以上)

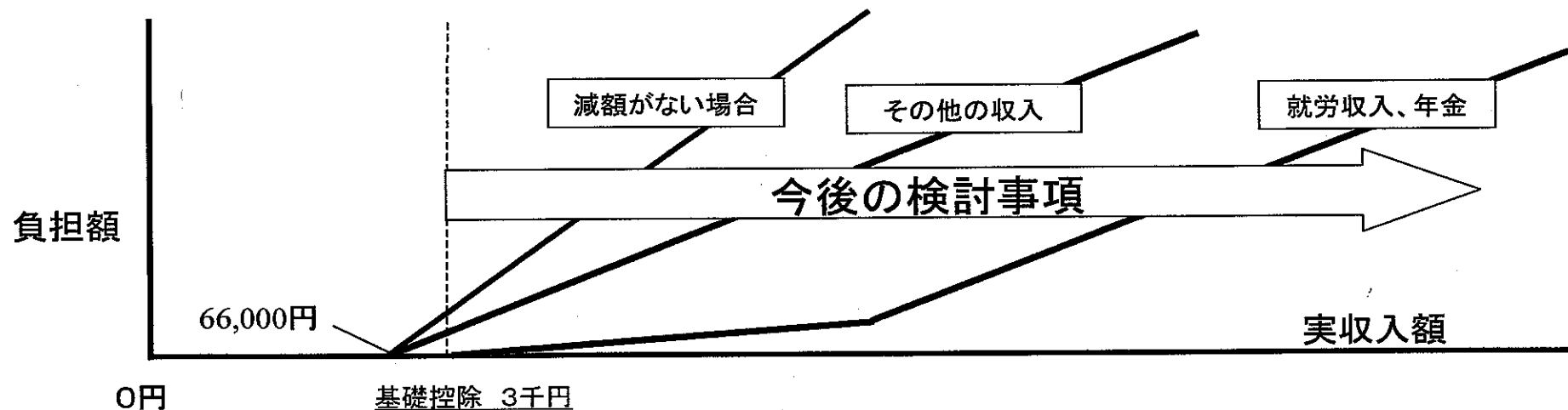


※ 障害基礎年金1級の者、60歳以上の者等はその他生活費に3~5千円加算して計算

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。

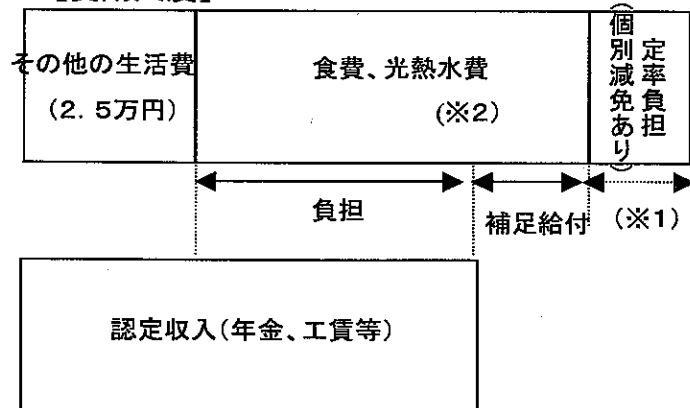
(実費負担の軽減措置)

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。

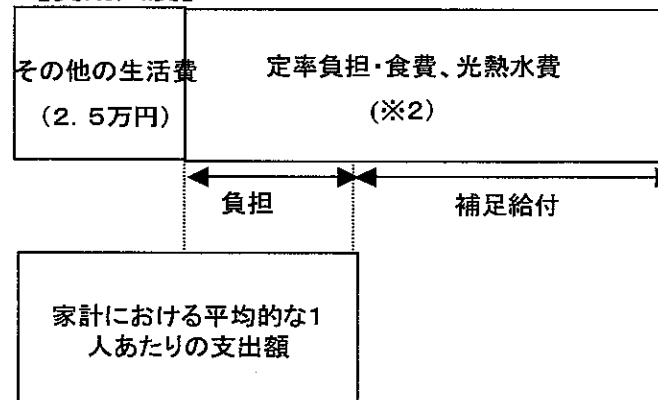
【費用尺度】



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。

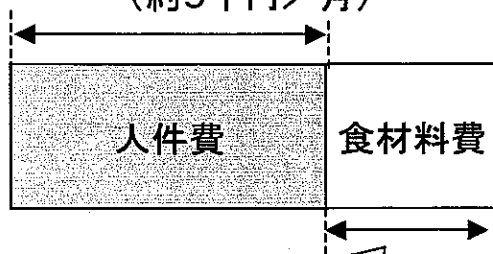
※ ショートステイ、デイサービスは、現行制度においても食費のうち食材料費が自己負担となっている。

○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)



約230円/日(約5千円/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。

(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	その他生活費※ 6.0万円
---------------------	--------------	------------------

(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	その他生活費※ 2.1万円	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、サービス費)	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、サービス費)	その他 4.9万円
---------------------------------	--------------

※ その他生活費は、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	0円
	その他	8.4千円	3.0千円	2.4千円	3.9千円
平均負担率	改正後	5.9%	8.7%	7.3%	8.9%
	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。	定率負担を減額しなければ生活保護の対象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	0.5万円(約230円×22日) ※1	0	0.5万円
低所得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）

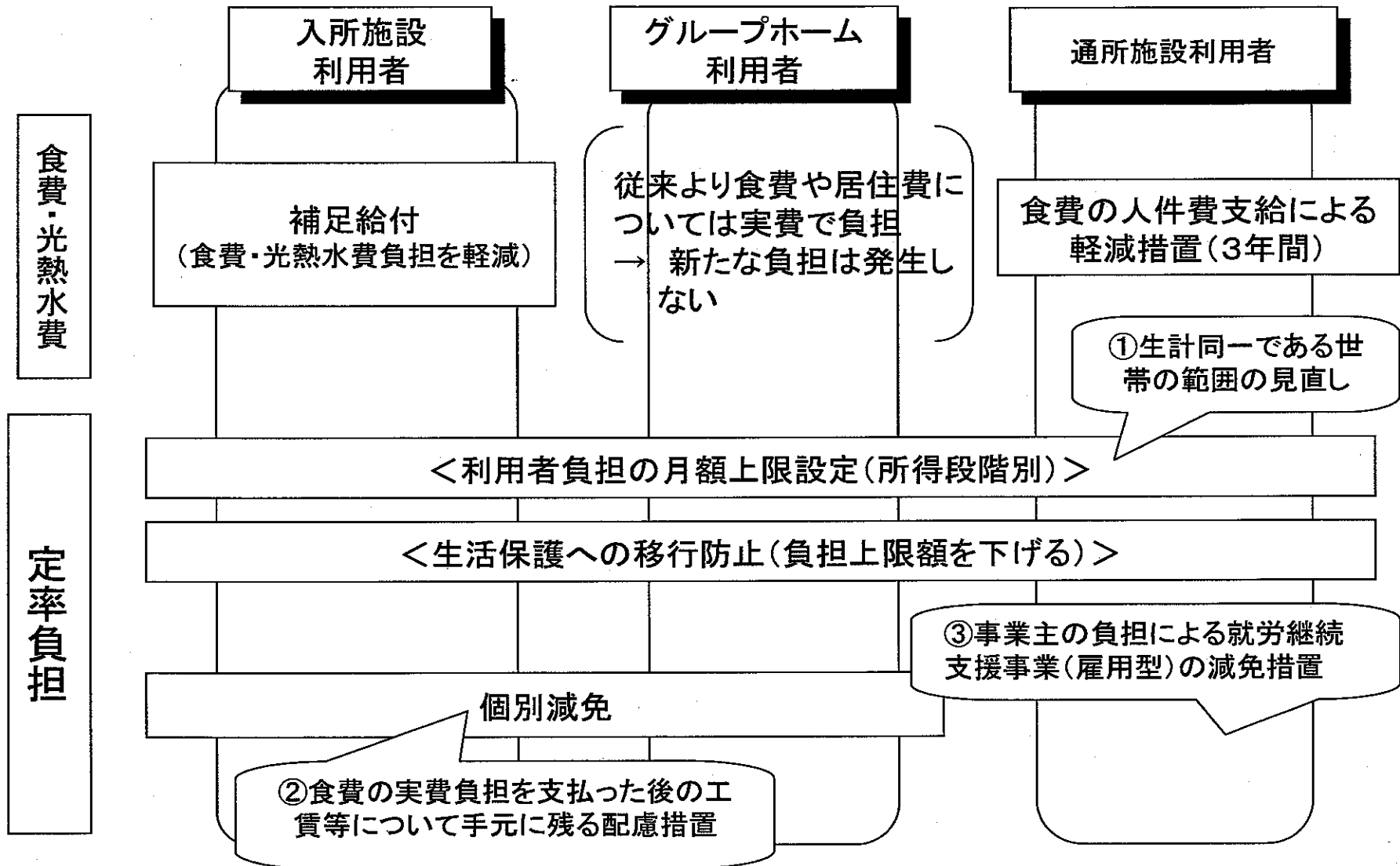
	現行	改正後		
		定率負担	食費・居住費※2	合計
身体障害者療 護施設	19,100円※1	0円 (個別減免※3)	41,000円 (補足給付17,000円)	41,000円
知的障害者更 生施設	39,800円※1	0円 (個別減免※3)	41,000円 (補足給付17,000円)	41,000円

※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

利用者負担に関する国会における議論



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

課長補佐 山崎

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

支給決定段階

- 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

サービス利用段階

- 支給決定後、サービス利用に結びつける支援がない
- 特に、手厚い支援を要する者に対し、継続的な支援が不十分

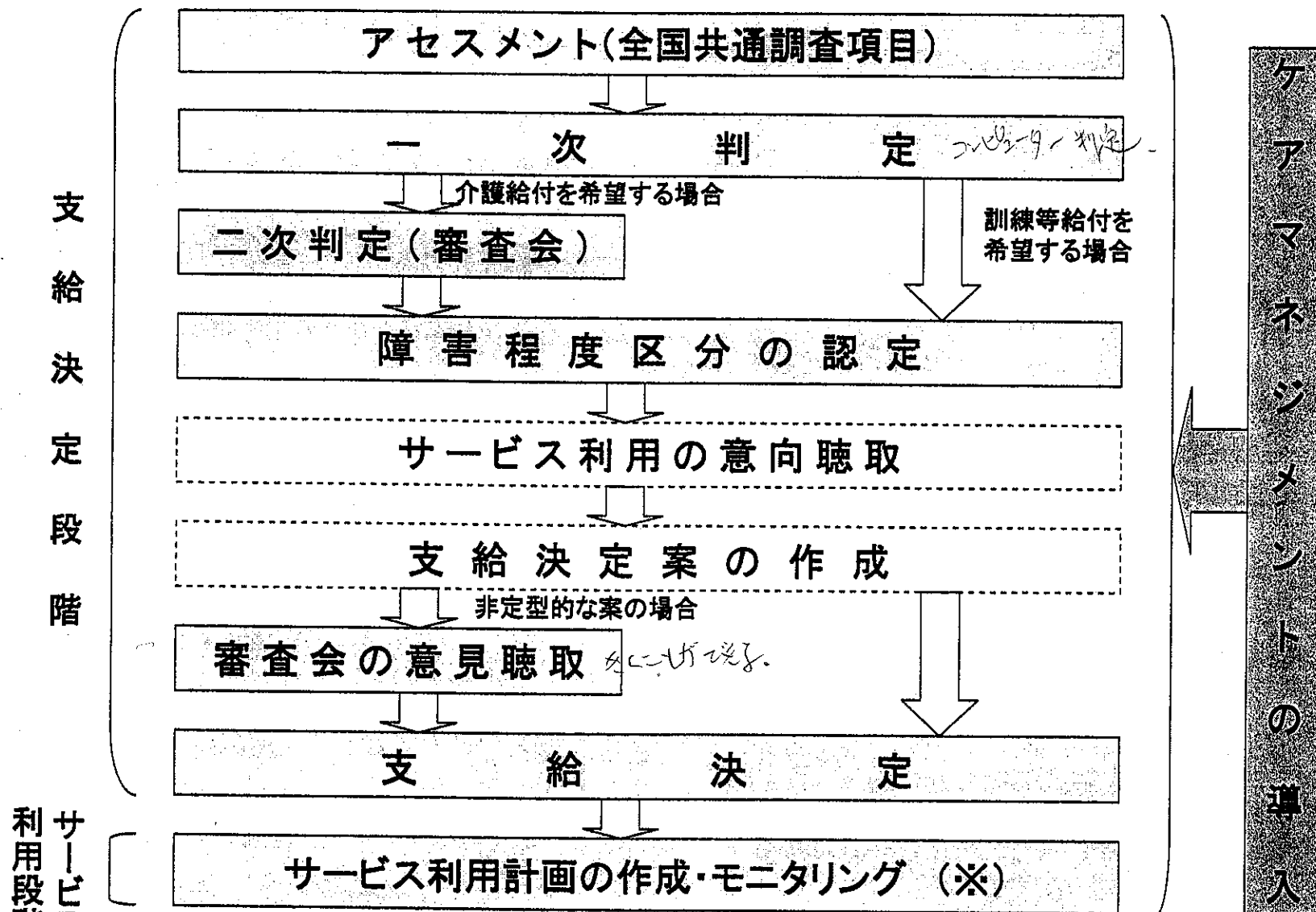
新制度における対応

- 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

- 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

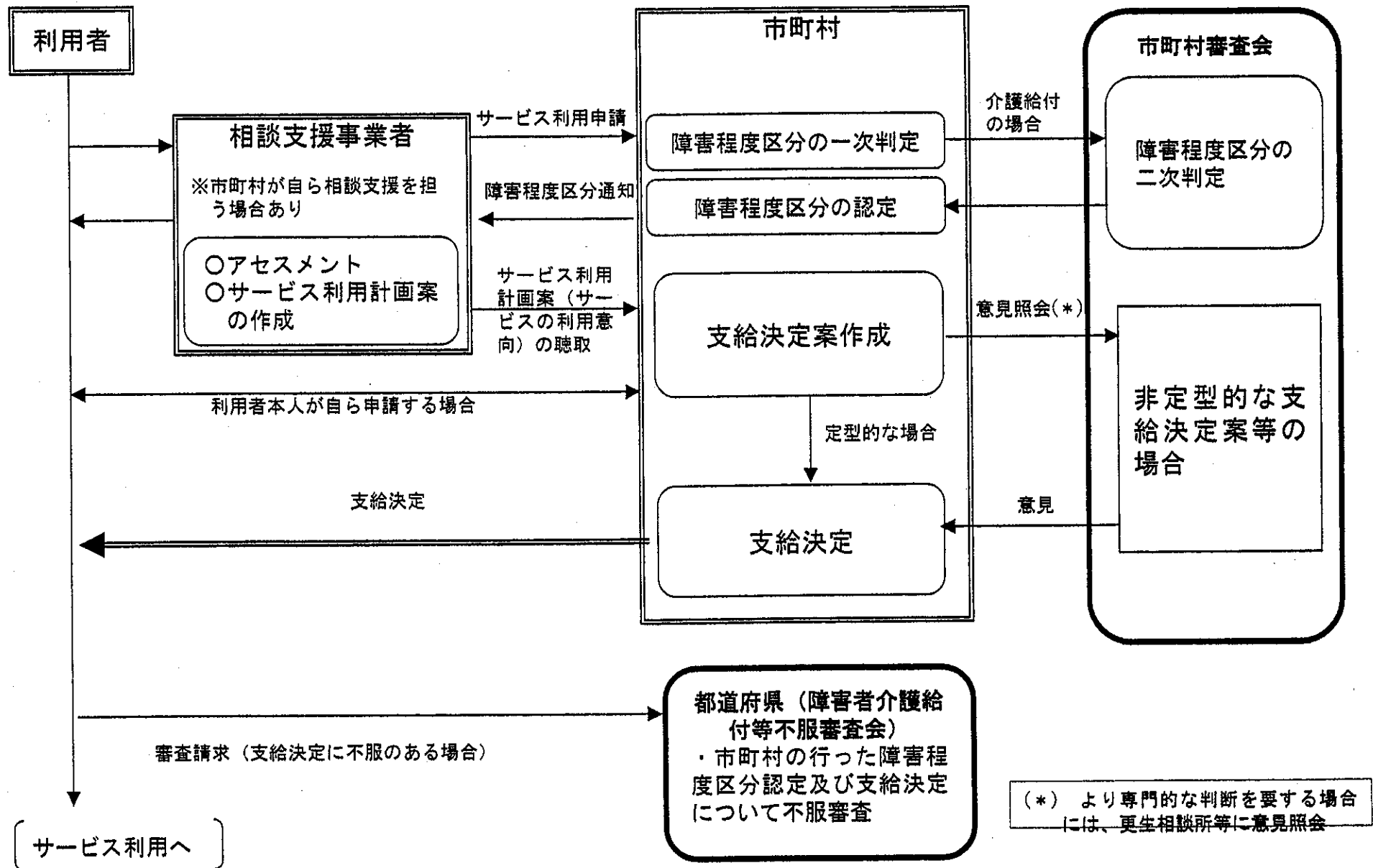
ケアマネジメント研修事業の充実・強化

支給決定・サービス利用のプロセス(全体像)

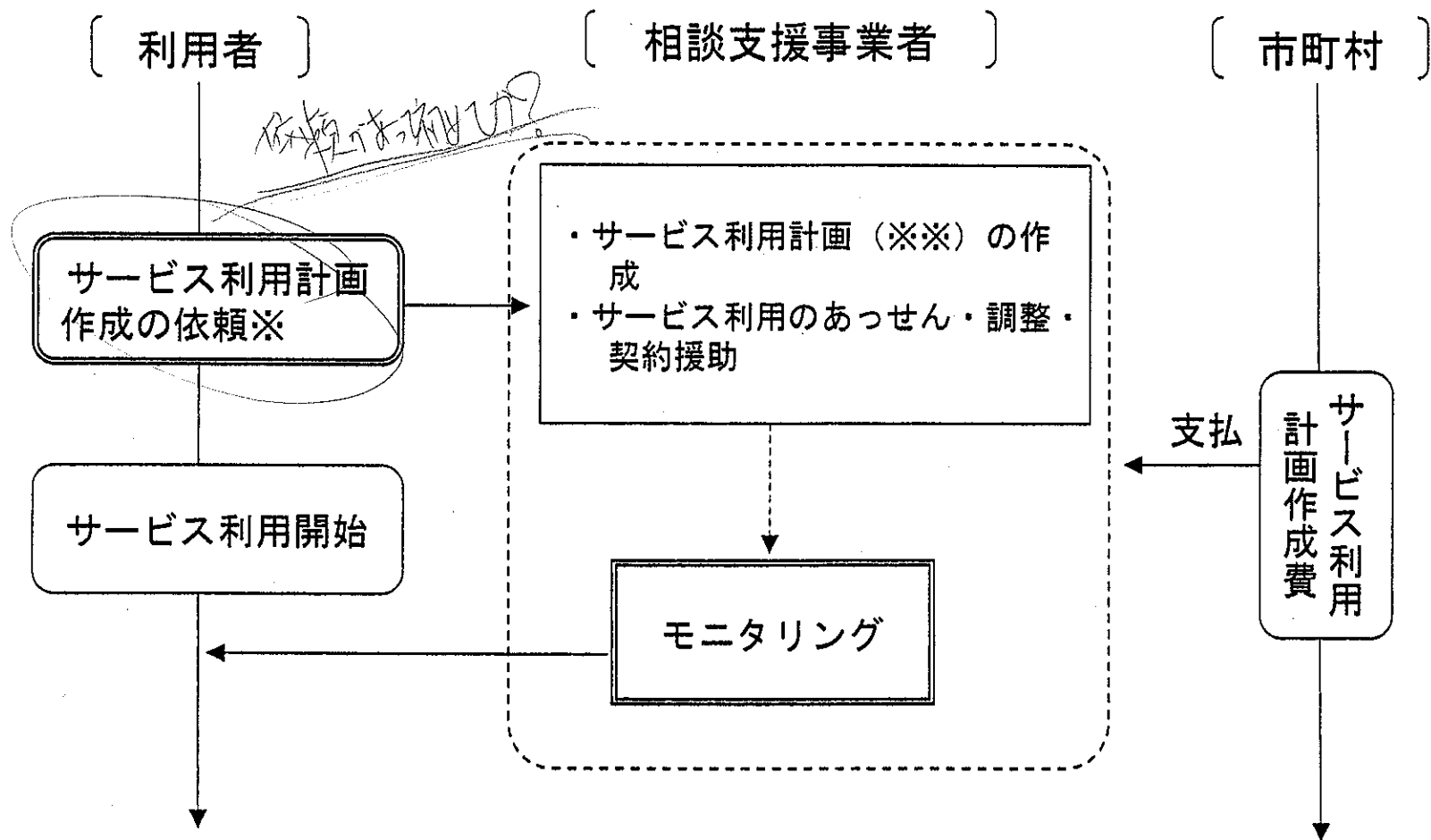


(※) 一定数以上のサービス利用が必要な者や長期入所・入院から地域生活へ移行する者などのうち、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者を対象

(介護給付・訓練等給付の利用手続き)



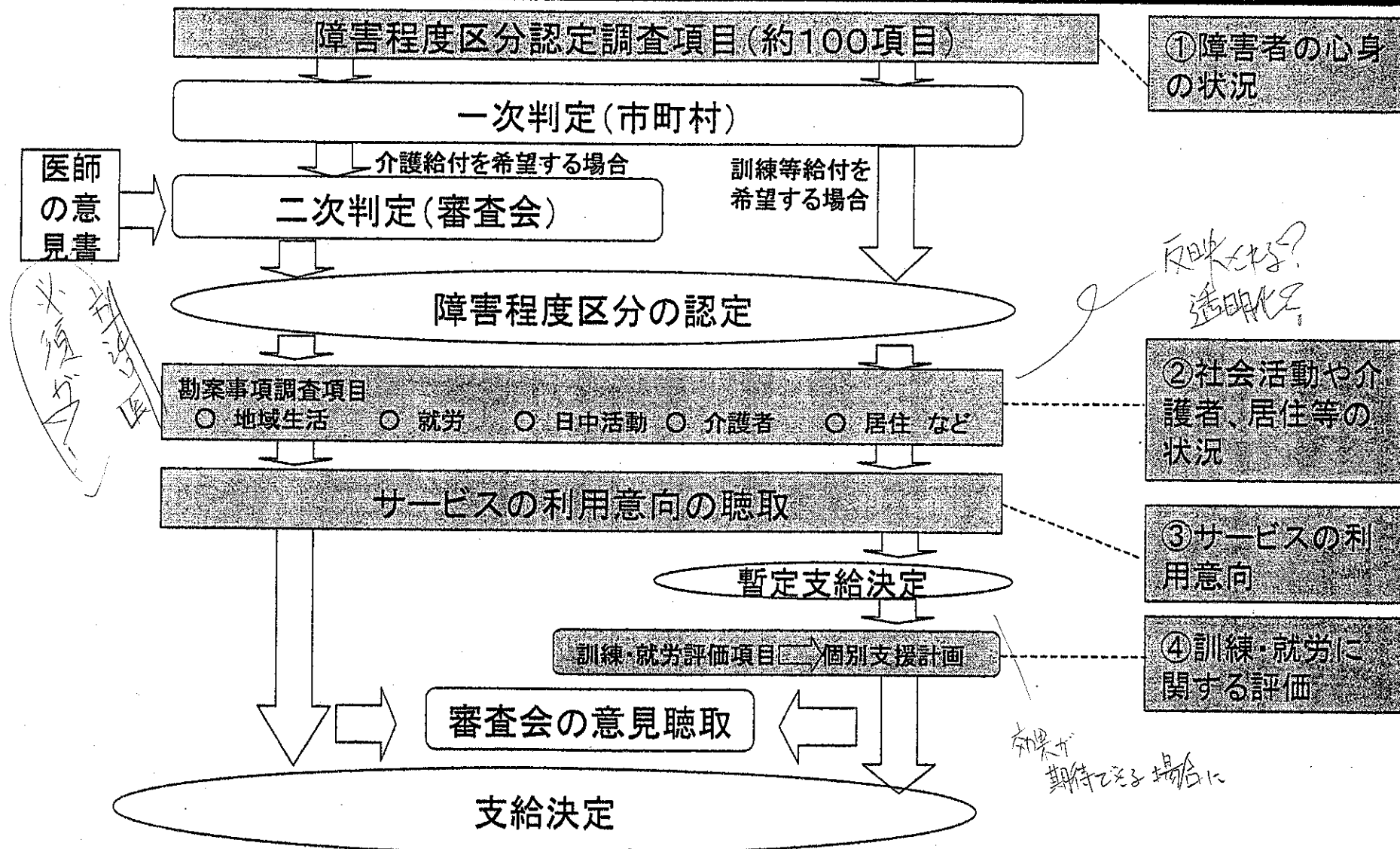
支給決定後のサービス利用の流れ



※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 ○ 身辺関連項目 ○ 生活関連項目 ○ 就労関連項目 ○ コミュニケーション関連項目
コミュニケーション関連	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	
行動関連	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	整髪 上衣の着脱 金銭の管理 薬の内服 排尿	日中活動関連	日中活動の主な場所	
		介護者関連	介護者の有無 介護者の健康状況等	
移動・動作関連	寝返り 移動 洗身	居住関連	生活の場所	
麻痺等関連	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)

調査項目

障害程度区分の利用目的

障害程度区分のイメージ

介護給付

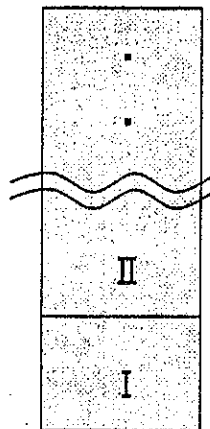
介護的側面

医療関連
麻痺等関連

➢ 居宅介護等の国庫負担
基準額

➢ 療養介護、生活介護、重度
包括支援等の給付要件

➢ 報酬体系に活用



複数段階に分類

障害程度区分

訓練等給付

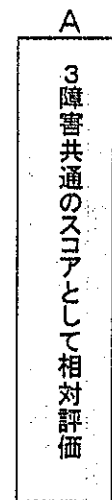
生活支援の側面

移動・動作関連
身辺関連
行動関連

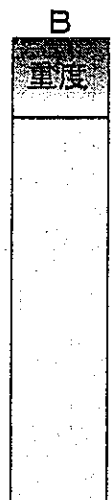
➢ 支給決定時の優先度の
判定

➢ 報酬体系に活用

高
↑
スコア
↓
低



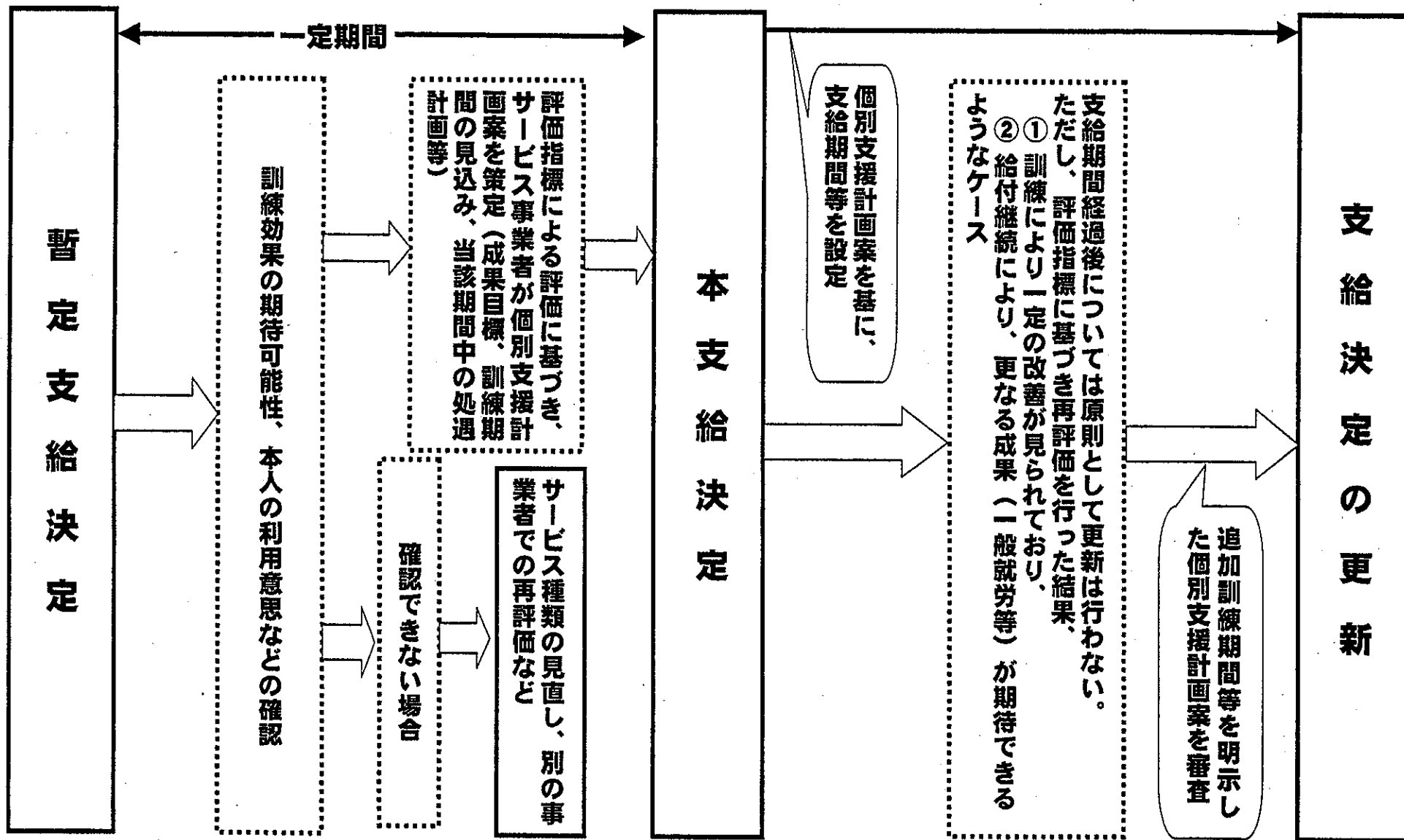
スコア
(点数)



重度区分

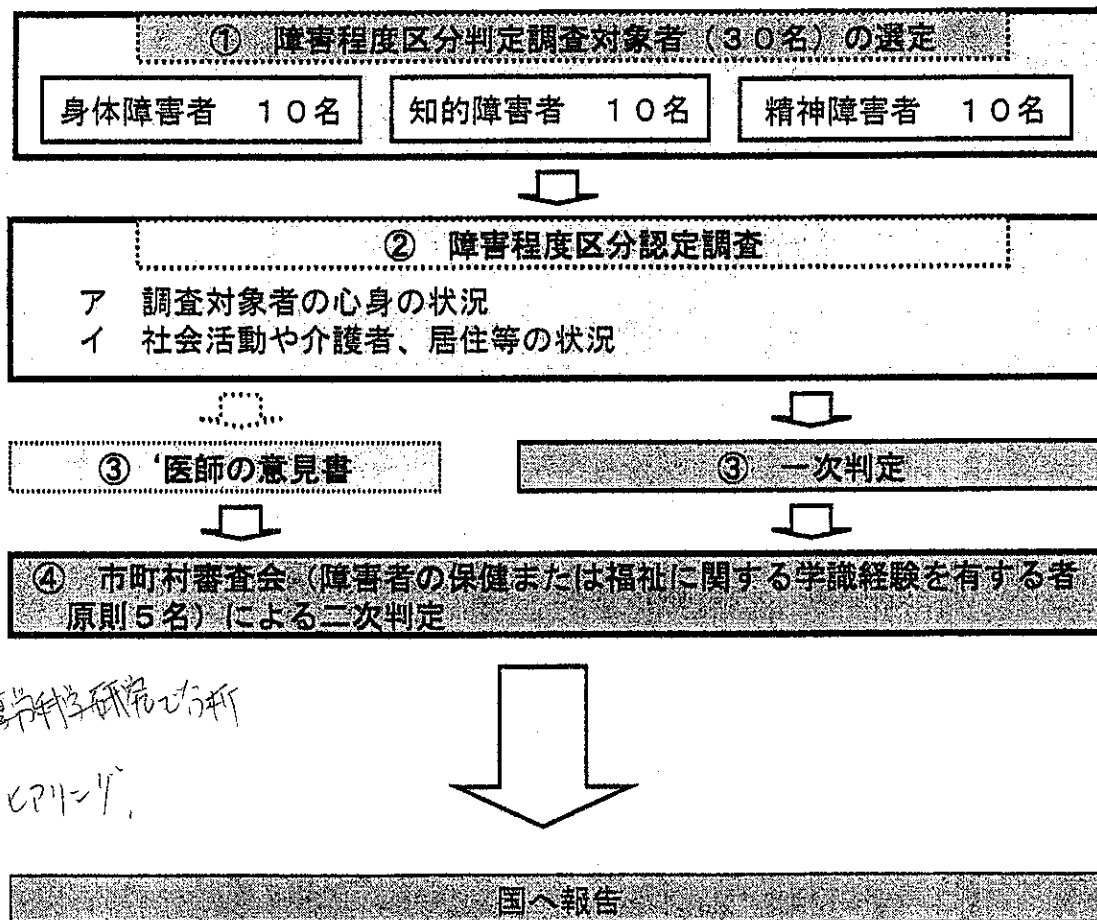
要介護認定調査と支援費
の障害程度区分を参考に
約100項目を設定

訓練等給付に関する支給決定（案）

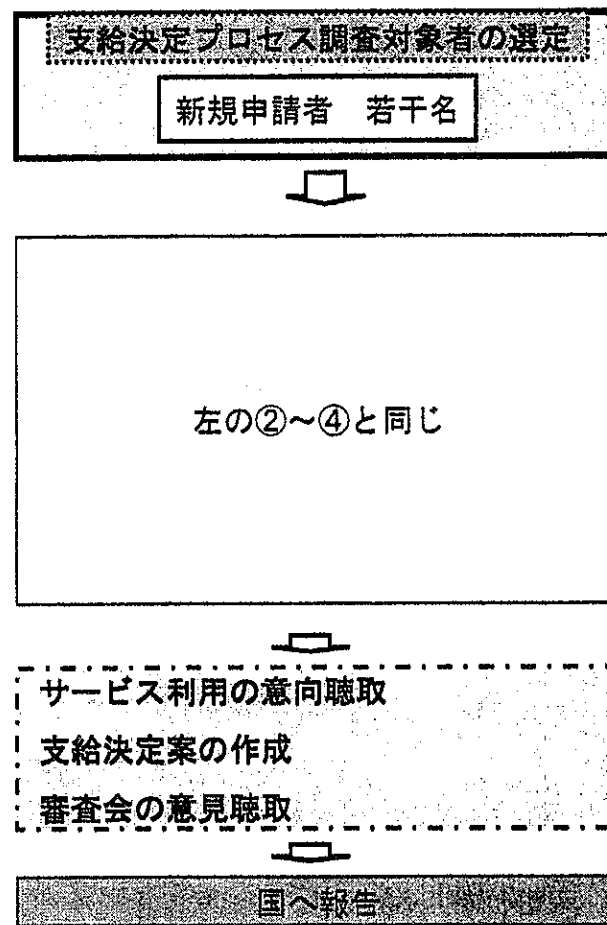


障害程度区分判定等試行事業（概要）

- 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



厚労省研究センター
CP4-4



※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。

手紙に付録
 手紙に付録
 手紙に付録

- 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。

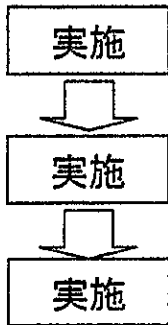
(8) 経費の支出について

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。

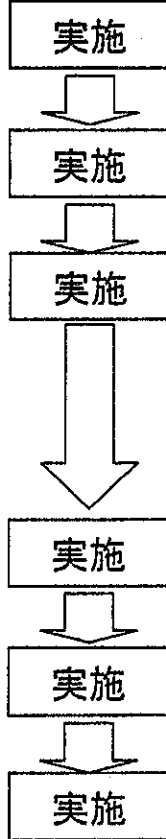
Z-PIV 作成中

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)

障害程度区分
判定調査



支給決定
プロセス調査



アセスメント(全国共通調査項目)

一次判定

介護給付を希望する場合

訓練等給付を希望する場合

二次判定(審査会)

障害程度区分の認定

サービス利用の意向聴取

支給決定案の作成

非定型的な案の場合

審査会の意見聴取

支給決定

サービス利用計画の作成・モニタリング (※)

ケアマネジメント手法の活用

厚生労働省
科学研究費
分析
内容から
ケアプラン

(※) 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

① 障害程度区分判定調査対象者（30名）の選定
 現在サービスを利用している

身体障害者 10名	知的障害者 10名	精神障害者 10名
-----------	-----------	-----------

調査対象者への説明・同意

※調査員、審査会委員の選任

② 障害程度区分認定調査

ア 社会活動や介護者、居住等の状況 → 認定調査票（概況調査）
 イ 調査対象者の心身の状況 → 認定調査票（基本調査）
 ウ 医師の意見書

③ 医師の意見書作成依頼

主治医への意見書の作成依頼

主治医がない場合には、
更生相談所等への所要の
診断及び意見書の作成依頼

③ 一次判定

③ 一次判定結果の報告

- ア 出力表
- イ 調査用紙

④ 市町村審査会による三次判定

④ 事業実績報告書の提出

- ア 二次判定結果
- イ 市町村審査会の記録
- ウ 事業実施上気づいた問題点 等

国へ報告

※ 可能な場合

支給決定プロセス調査対象者の選定

新規申請者 若干名

調査対象者への説明・同意

左の②～④に同じ

- 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

国へ報告

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	〒 -			電話	- -
	氏名（ ）		調査対象者との関係（ ）		

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。

<ul style="list-style-type: none"> 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 _____

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
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。

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。

- | | | | |
|--------|-----------------|-----------|---------|
| 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1m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

7. 毎日の日課を理解することが	1. できる	2. できない
4. 生年月日や年齢を答えることが	1. できる	2. できない
7. 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	

へ. 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-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 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) ----- 明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女	〒 _____ 連絡先 ()
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。			
医師氏名 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(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なように、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。

居宅サービスに係る支給決定の有効期間について

1 平成18年1月1日以降

(1) 平成18年1月1日以前に支給決定を受けている者

平成18年1月1日時点で新法の支給決定を受けたものとみなされる。

なお、居宅サービスに係るみなし支給決定の有効期間については、平成18年10月1日に新サービス体系に切り替わることから、平成18年9月30日までとする。

(2) 平成18年1月1日以降に新たに支給決定を受ける者

① 審査会が設置されていない場合

市町村は平成18年10月以降の支給決定を行うことはできないため、平成18年9月までの支給決定のみを受けるとする。

現行支給
決定

② 審査会が既に設置されている場合

平成18年9月までの支給決定と平成18年10月以降の支給決定を受けるとする。

現体系

新体系

→ 市町村が、平成18年10月以降の支給決定を行うにあたっては、次回の支給決定の更新時期が特定の時期に集中しないよう、支給決定の有効期間を通常より一定期間（支援費制度では最大18ヶ月）延長できる特例を設けることとする。

2 平成18年10月1日以降

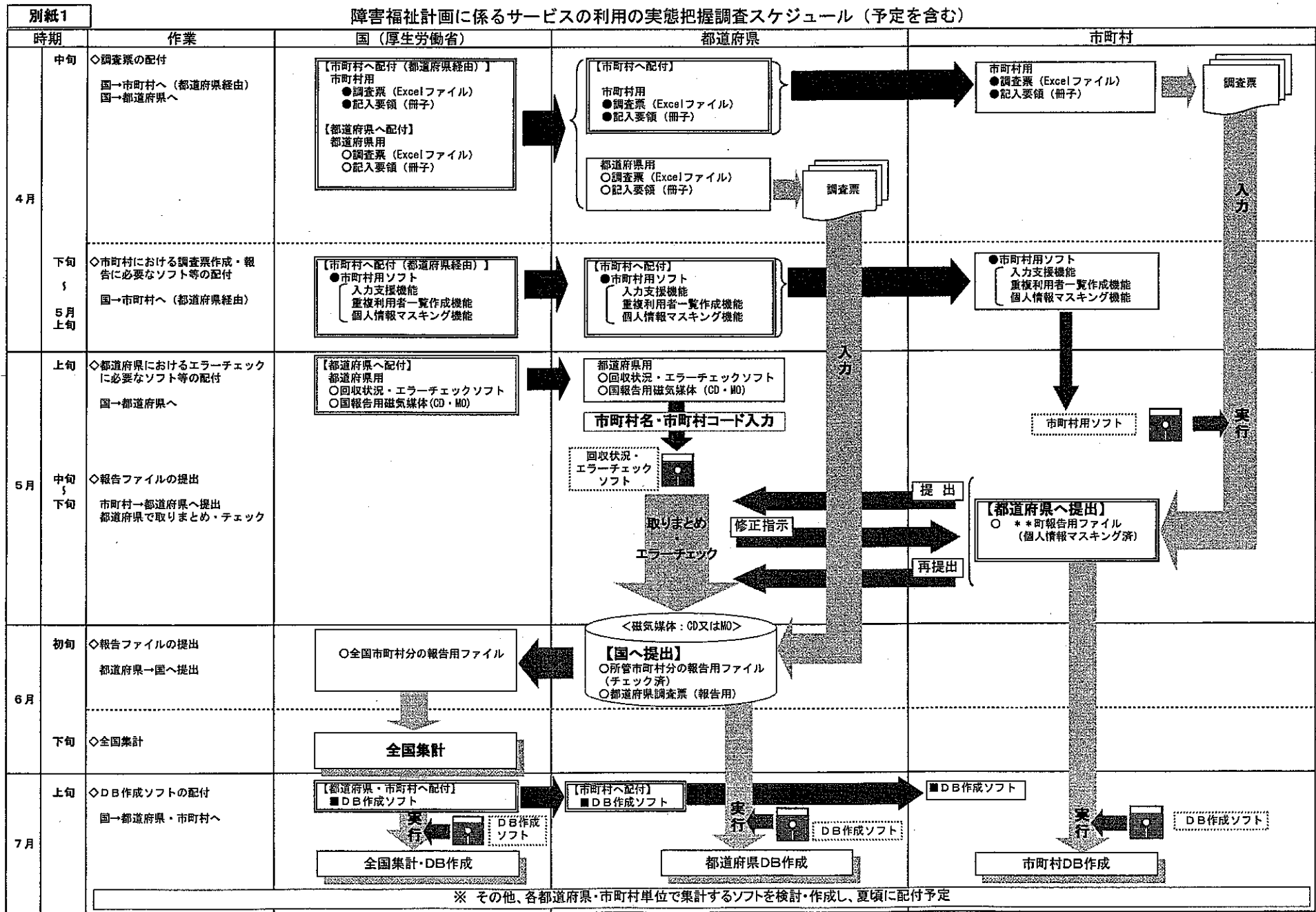
○ 居宅サービスに係るみなし支給決定等を受けている者

居宅サービスに係るみなし支給決定等は、平成18年9月30日で有効期間が終了するため、平成18年10月1日までに平成18年10月以降の支給決定を受け
る必要がある。

※ 精神障害者の居宅サービスについても上記と同様の取扱いとする。なお、具体的な事務手続きについては別途通知する。

障害福祉計画について

平成17年4月28日



都道府県・市町村への配付帳票一覧（予定を含む）

配付時期	ファイル・ソフト名	内 容	備 考
配付済	●調査票 (市町村用)		
	○1基本ファイル	支援費の支給決定情報（総数）	※ 調査票が配付され次第、自動表示部分を除き、入力作業が可能だが、都道府県へ報告するまでに、4月末に配付される次のソフトが必要となる。 ● 入力支援ソフト ● 重複利用者一覧作成ソフト ● 個人情報マスキングソフト これらのソフトにより加工された調査票が、報告ファイルとなる ※ 調査票はいずれも Excel
	1-1決定居宅ファイル	支援費の支給決定情報（入力タイプ1）	
	1-2決定施設ファイル		
	2-1決定施設身体ファイル	支援費の支給決定情報（入力タイプ2）	
	2-2決定居宅身体ファイル		
	2-3決定施設知的ファイル		
	2-4決定居宅知的ファイル		
	2-5決定居宅児童ファイル		
	3-1実績居宅ファイル	支援費の実績（請求明細）情報（入力タイプ1）	
	3-2実績施設ファイル		
	3-3実績精神ファイル	精神障害者居宅支援事業の実績情報（入力タイプ1）	
	4-1実績居宅身体ファイル	支援費の実績（請求明細）情報（入力タイプ2）	
	4-2実績施設身体ファイル		
4-3実績居宅知的ファイル			
4-4実績施設知的ファイル			
4-5実績居宅児童ファイル			
4-6実績精神ファイル	精神障害者居宅支援事業の実績情報（入力タイプ2）		
5-1その他ファイル	支援費・精神以外のサービス（市町村実施分）情報 居宅支援費と施設支援費を重複利用する者の一覧 ※4月末に配付予定の「重複利用者一覧作成ソフト」により自動作成されるため、入力は不要		
6-1重複一覧ファイル			
○調査票 (都道府県用)			
1-0-5-1その他ファイル	支援費・精神以外のサービス（都道府県実施分）情報	※ 調査票は Excel	
4月末～5月上旬	●市町村用ソフト		
	入力支援機能 (市町村用)	市町村調査票において入力タイプ1を選択した場合、入力されたサービスコードから「サービス名略称」や「単価額」等を自動表示するためのソフト	← 入力タイプ1を選択した場合に必要。
	重複利用者一覧作成機能 (市町村用)	施設支援費（通所）と居宅支援費を重複して利用する者を、入力した決定情報ファイルと実績情報ファイルから検索し、該当者を6-1重複一覧ファイルへ反映させるためのソフト	← 入力タイプ1、タイプ2ともに必要。
個人情報マスキング機能 (市町村用)	市町村調査票には、受給者情報や氏名等、個人を特定する情報が含まれているため、都道府県へ報告するファイルを作成する際に、これらの情報を削除又は別数値へ変換するためのソフト	← 入力タイプ1、タイプ2ともに必要。	
5月連休明け	○回収状況管理・エラーチェックソフト (都道府県用)	都道府県が市町村から報告ファイルの提出を受けて、各市町村報告ファイルの回収状況を管理するとともに、報告ファイルの入力内容についてエラーチェックを行うためのソフト	各市町村の自治体コード・市町村名を都道府県において事前に入力しておく必要あり
	○国報告用磁気媒体(CD・MD) (都道府県用)	都道府県が、所管する全市町村からの報告ファイルを国へ報告する際に、保存して送付するための媒体	
7月上旬	■データベース作成ソフト (都道府県・市町村共通)	市町村からの報告ファイルを基に、全国共通の項目で名寄せされたデータベースを作成するためのソフト	
夏頃	■集計用ソフト (都道府県・市町村共通)	市町村からの報告ファイルを、国や都道府県において集計するためのソフト 市町村においても国や都道府県における集計表と同じ形で単票ができることを想定	

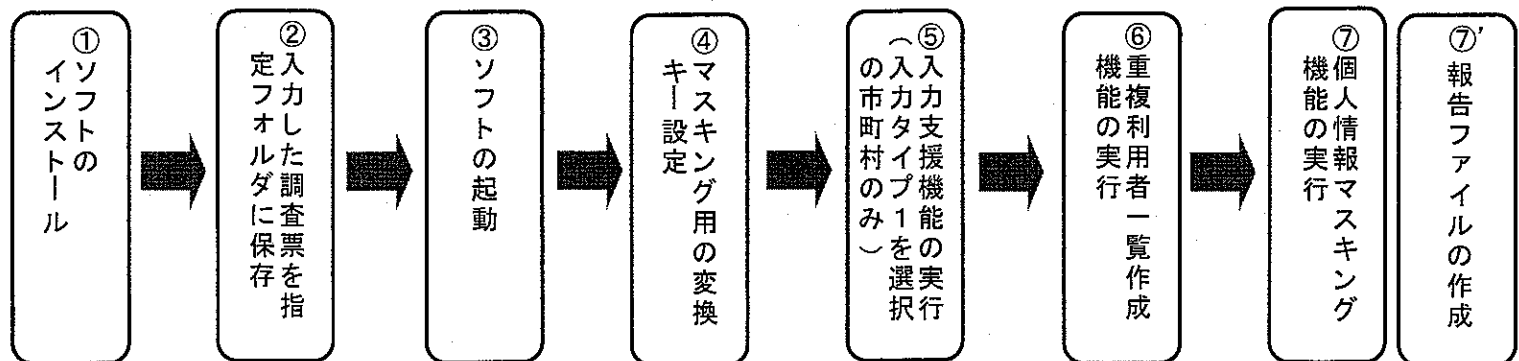
※ ● → 市町村用 ○ → 都道府県用 ■ → 共通

市町村用ソフトの概要

- 市町村ソフトは、4月下旬～5月上旬頃に都道府県を通じて各市町村へ配付予定。
- 市町村ソフトには、次のとおり3つの機能があり、市町村の調査票作成や報告ファイルの作成上、必要となる。

1 入力支援機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 調査票入力時に、入力タイプ1（サービスコードごと）を選択した市町村において必要となる。（入力タイプ2の場合は不要） ○ 実績（請求明細）情報シート（「31実績居宅」ファイルと「32実績施設」ファイル）において、入力されている「サービスコード」・「障害程度区分」・「事業所の地域区分」のデータから、「サービス名称略」・「算定単位額」・「1単位あたりの時間」欄を自動表示する。 ※ 表示されるサービス名称・算定単位額・1単位あたりの時間の入力が、独自で入力可能な市町村は、この処理を行う必要なし。
2 重複利用者一覧作成機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 全市町村で必要となる。 ○ 居宅支援費と施設支援費（通所）を重複して利用する者の一覧を作成する。 ○ 最終的に各市町村で持ち得るデータベースの作成時に、重複利用者の居宅・施設のデータを1行にまとめるために必要となる。 ○ 居宅支援費と施設支援費はそれぞれ受給者番号が異なるため、支給決定情報シートの「氏名」・「生年月日」又は「年齢」・「性別」をキーコードにとして同一者を検索する。 このため、各調査表の入力時に、「氏名」・「生年月日」・「年齢」・「性別」欄は同一条件で入力されていないと、検索時に一覧から漏れることとなるので注意。 （例：「氏名」欄で、「11決定居宅」ファイルでは姓名の間にスペースがあり、「12決定施設」ファイルでは姓名の間にスペースが無いような場合、同一者と認識されない。）
3 個人情報のマスキング機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 全市町村で必要となる。 ○ 都道府県へ提出する「報告ファイル」の作成時に、個人を特定する情報を削除又は別数値に変換する。 「氏名」 → 削除 「受給者証番号」・「生年月日」・「手帳交付番号」（任意）・「事業者番号」（任意） → 別記号化 ○ 個人情報をマスキング変換後の報告ファイルを作成する。

- ソフト実行の流れ
右図の順序で実行する。
※各実行方法は次頁以降参照

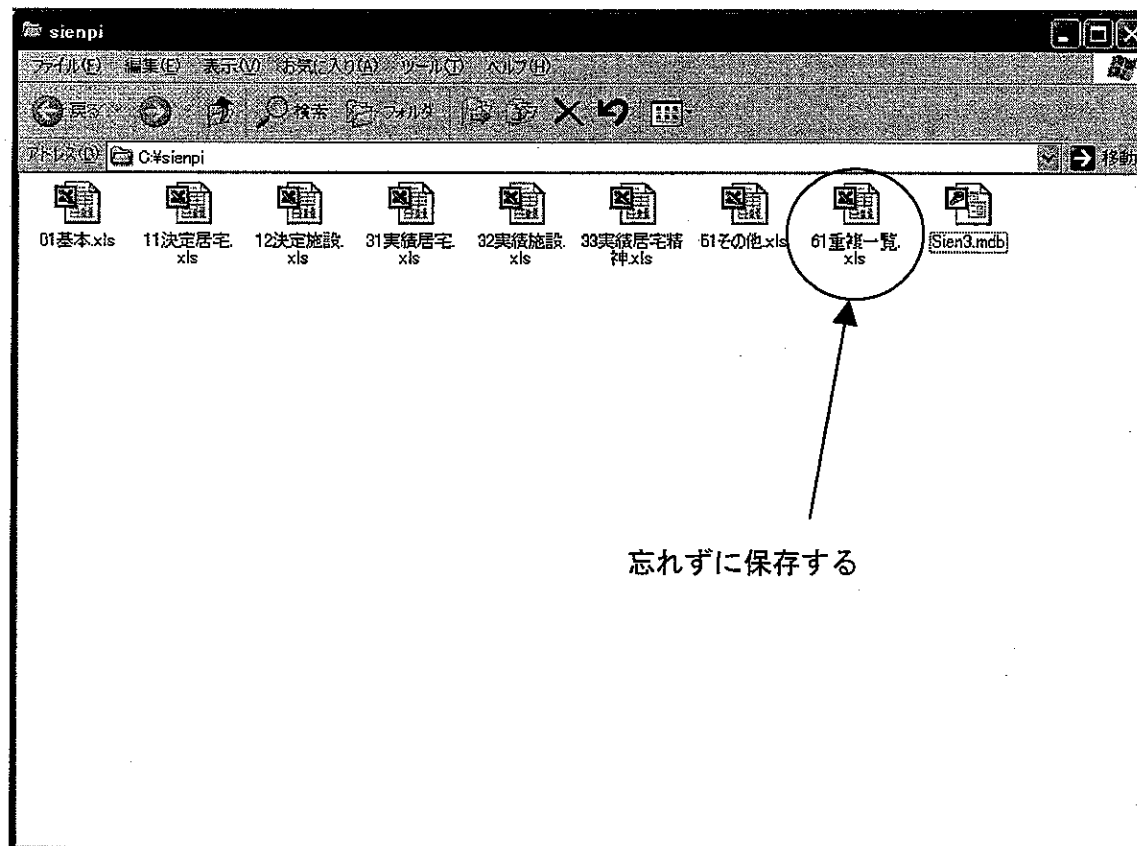


① インストールについて（全市町村）

- インストールの準備として、次の点に留意
 - PCのOSはWINDOWS2000又はXP、アプリケーションはExcel2000以上で動作保証
 - インストール時には、全ての他のプログラムを終了すること
 - ※ 管理者権限（アドミニストレータ等）、半角によるユーザー名登録が必要
（詳細については、ソフト配布時の手順書に説明を載せる）

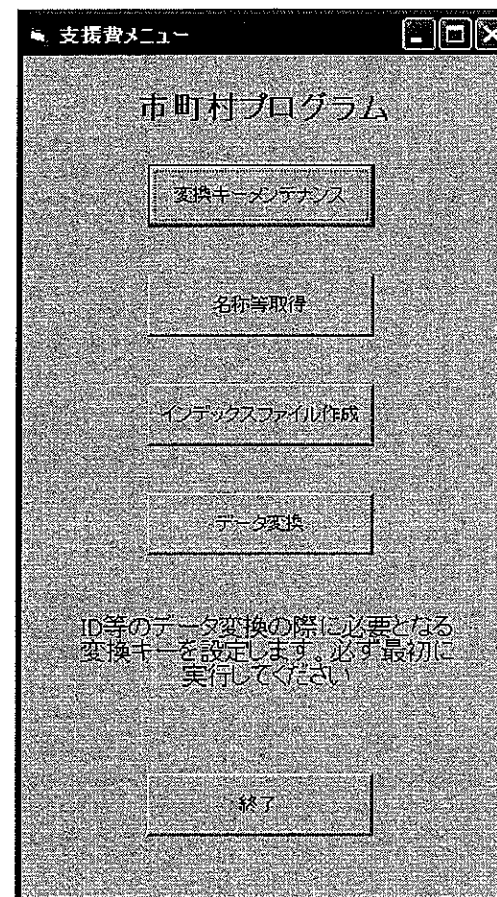
② 入力した調査票を指定フォルダに保存（全市町村）

- ソフトの起動前に、入力した調査票（Excelファイル）を、指定フォルダに保存する。
 - ※ このとき、「61重複者一覧表」（この時点では未入力）も同じフォルダに保存する。
 - 例：支給決定情報も実績（請求明細）情報も「入力タイプ1」を選択の場合（右図）



③ ソフトの起動（全市町村）

- <スタート> → [プログラム] → [支援費] → [支援費] をクリックして起動 → 右図の画面（メインメニュー）が表示される
- ④以降、右図の上のボタンから順番に実行（次頁以降参照）
- 終了するときは、一番下の「終了」ボタンを押す



④ マスキング用の変換キー設定（全市町村）

- 「メインメニュー」で「変換キーメンテナンス」ボタンを押すと、「キーデータ更新」画面が表示される。

市町村プログラム

変換キーメンテナンス

名称等取得

インデックスファイル作成

データ変換

ID等のデータ変換の際に必要な変換キーを設定します。必ず最初に実行してください

終了

キーデータ更新

1. 固定加算数値(8桁必須):

2. 桁シャッフル(1~10のいずれかを各1回)

1桁目 → <input type="text"/>	桁目へ	6桁目 → <input type="text"/>	桁目へ
2桁目 → <input type="text"/>	桁目へ	7桁目 → <input type="text"/>	桁目へ
3桁目 → <input type="text"/>	桁目へ	8桁目 → <input type="text"/>	桁目へ
4桁目 → <input type="text"/>	桁目へ	9桁目 → <input type="text"/>	桁目へ
5桁目 → <input type="text"/>	桁目へ	10桁目 → <input type="text"/>	桁目へ

8桁の数字を入力する

入れ替えをする桁を入力する

やみなおし

更新

入力を中止する場合クリックする

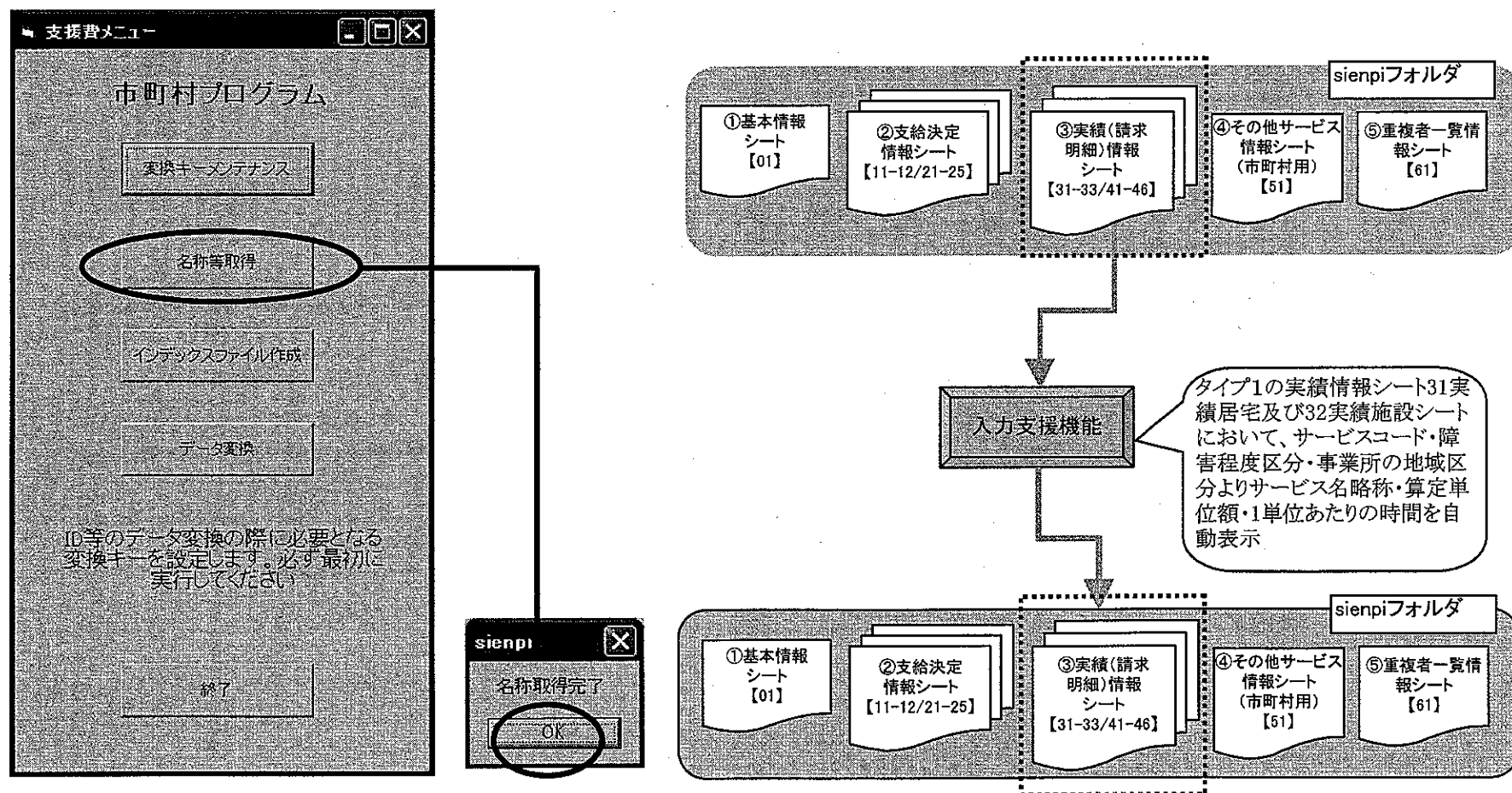
入力が終わったらクリックする

- 「1. 固定加算数値」欄に任意の8桁の数値を入力する
(10000000~99999999までの数値)
→ この数値がマスキング時に受給者証番号等に加算される
- 「2. 桁シャッフル」欄に1~10桁目を○桁目に入れ替えるか指定
→ 固定加算数値が加算された後の数値の桁がシャッフルされる。

⑤ 入力支援機能の実行（入カタイプ1を選択の市町村のみ）

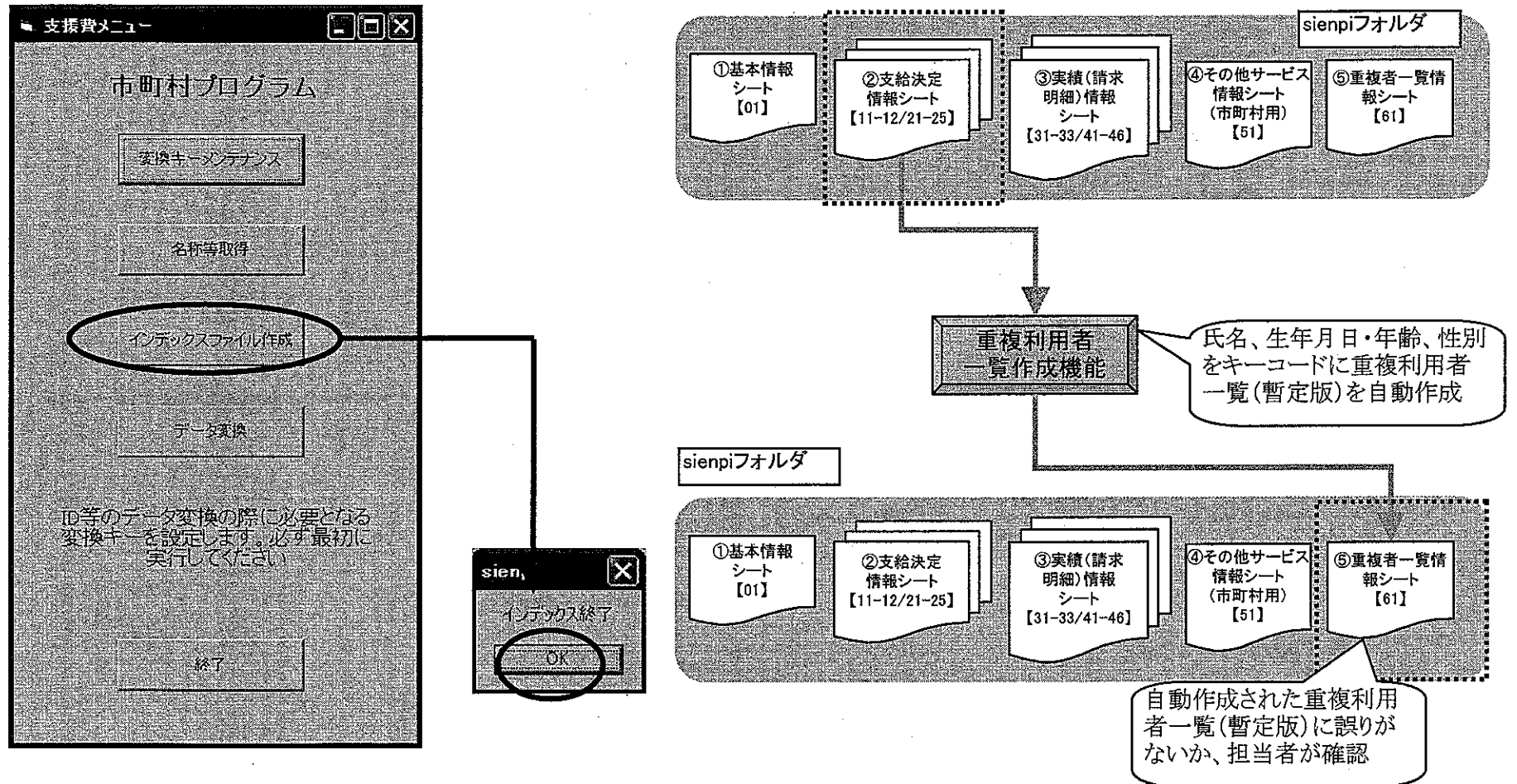
- 「メインメニュー」で「名称等取得」ボタンを押すと、実績（請求明細）情報シートの「サービス名称略」・「算定単位数」・「1単位あたりの時間」欄が自動表示される。

※ 表示されるサービス名称・算定単位数・1単位あたりの時間の入力が、独自で入力可能な市町村は、この処理を行う必要なし。→⑥の<重複利用者一覧作成機能の実行>へ。



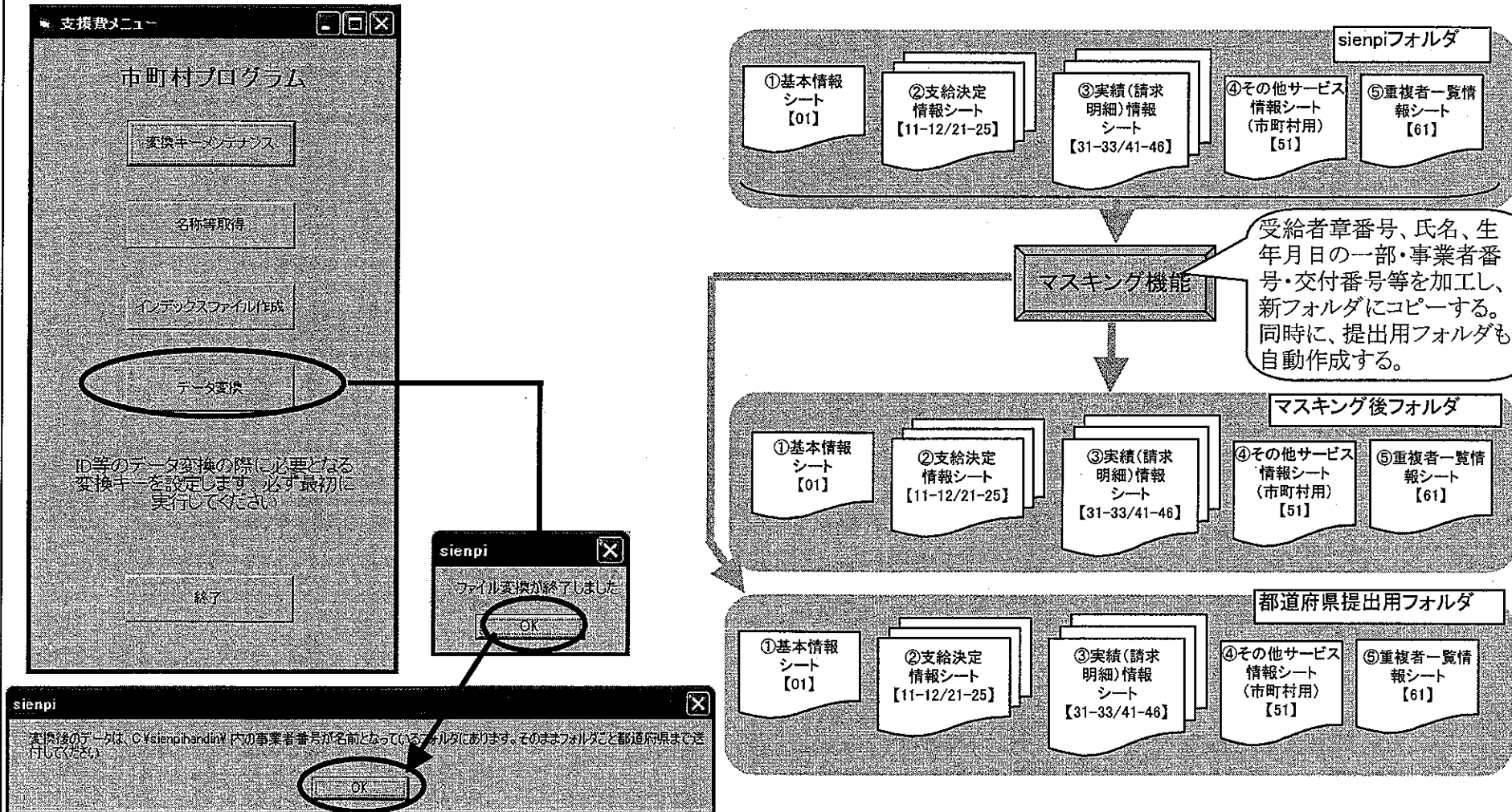
⑥ 重複利用者一覧作成機能の実行（全市町村）

- 「メインメニュー」で「インデックスファイル作成」ボタンを押すと、支給決定情報の「氏名」・「生年月日」・「年齢」・「性別」データから、居宅支援費と施設支援費の重複利用者を検索し、該当者を「61重複一覧」ファイルに自動表示する。
- 作成された一覧は、担当者により目視確認が必要



⑦ 個人情報のマスキング機能の実行（全市町村） → ⑦' 報告ファイル作成

- 「メインメニュー」で「データ変換」ボタンを押すと、各ファイルの個人情報を特定できる情報が、削除又は別数値に変換される。
- 個人情報をマスキング変換後の報告ファイルが作成される → 都道府県へ提出する。



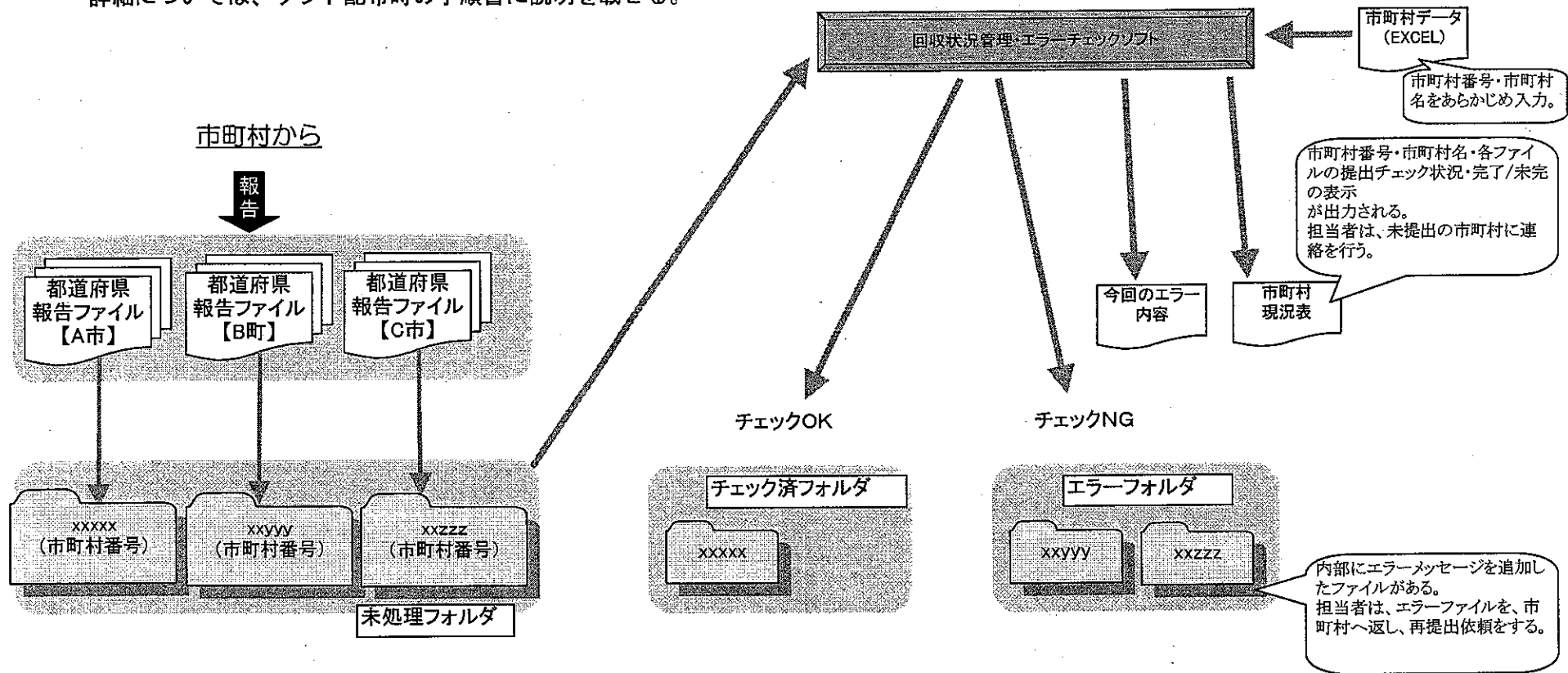
※ 都道府県へ報告するフォルダは、圧縮ソフトにより容量を小さくする方向で検討中。

都道府県用ソフトの概要

- 都道府県用ソフトは、5月上旬に配付予定。
- 実行前に、所管する市町村の市町村コードと市町村名を入力しておく必要がある。
- 都道府県用ソフトには、次の機能があり、主に市町村からの報告ファイルのエラーチェックを行うもの。

- 市町村から提出された報告ファイルのエラーチェックを自動で行い、エラー内容を表示したファイルを作成する。
- 表示されたエラー内容を該当市町村へ連絡・修正依頼する。
- 市町村からの報告ファイルの提出状況（未提出市町村の確認・連絡用）の管理

- ソフト実行の流れ
詳細については、ソフト配布時の手順書に説明を載せる。



障害福祉計画のスケジュール (現時点で想定されるもの)

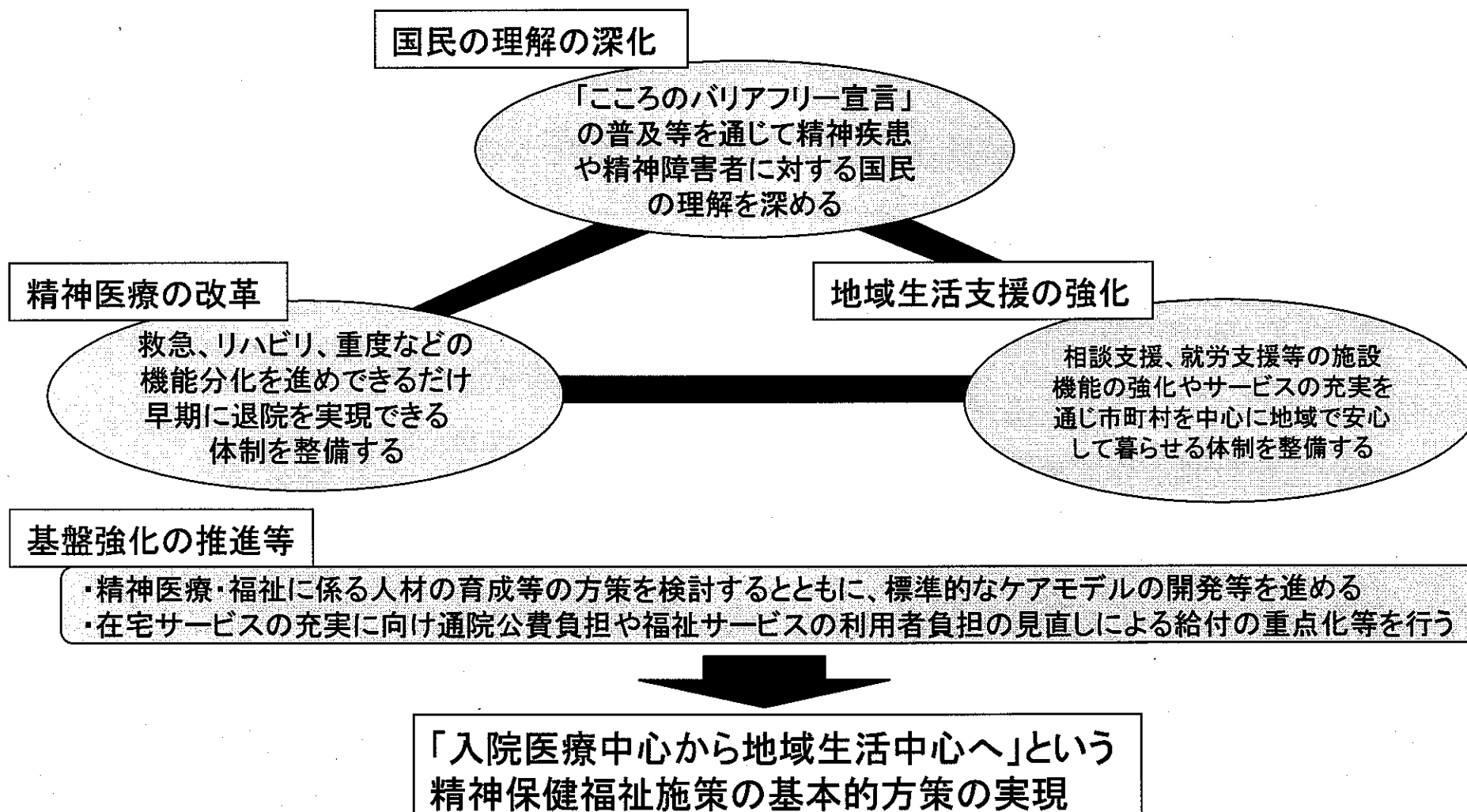
月日	国	都道府県	市町村
17年4月		計画策定に係る都道府県と市町村間の連絡・調整体制の構築	
5月中旬～下旬		全市町村及び都道府県で障害福祉サービスに係る利用の実態把握を実施 都道府県で取りまとめ	都道府県へ報告
6月	国での集計	国へ報告	
7月頃	新たなサービス・事業体系の基本骨格を提示		
12月末	基本指針の提示		
18年1月～		全市町村及び都道府県において計画策定作業が本格化	
4月頃		新たな事業体系への参入意向調査	
6月頃	国での集計		
10月	法施行(計画の策定) (基本指針施行)		
12月頃	障害福祉プラン(仮称)の策定		
18年度中 (10月～3月)		全市町村及び都道府県において障害福祉計画の順次策定	

精神保健福祉施策の改革と 医療計画の見直しについて

厚生労働省障害保健福祉部
精神保健福祉課

精神保健福祉施策の改革の枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で必要な精神病床数は約7万床減少

精神医療の改革の方向性

精神医療の課題

- 1 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備
- 2 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し
- 3 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上



施策の方向性

- 精神病床を急性期、社会復帰リハビリ、重度療養等に診療報酬上区分し、入院患者の病状に応じた医療体制を整備する。
- 精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。
- 都道府県が作成する医療計画において、精神科救急医療体制の整備に関する事項や精神入院患者の退院促進に関する事項を記載する。
- 精神保健福祉法の改正により、病院等に対する指導監督の強化や地域医療体制の確保を図る。(障害者自立支援法の一部として、法案を国会に提出済み)

精神保健福祉施策の見直しと医療計画との関係

1. 基準病床算定式の見直しを通じた精神病床に関する目標値の設定

○精神病床の基準病床数に係る算定式について、平均残存率、退院率等の目標値がパラメータとして含まれるような算定式へと見直す。(平成17年5月見直し予定)

○都道府県ごとの目標値については、新たな算定式に基づき、各都道府県の医療審議会等で検討して設定する。

※平均残存率等は、将来的には疾病別の入院動態を踏まえた設定方式へと見直す。

2. 精神入院患者の退院促進に向けた障害福祉計画と医療計画との連携

○目標値を達成するための方策(精神科救急医療体制の整備等)について、医療計画において規定する方向で社会保障審議会医療部会にて検討中。

※障害者自立支援法第89条第4項においては、都道府県障害福祉計画は、医療計画と相まって、精神病院に入院している精神障害者の退院の促進に資するものでなければならない旨規定

算定式の見直しの視点

良質な医療を効率的に提供し退院を促進する体制づくりに向け

- 1 比較的短期で退院する群と、歴史的に長期に入院している群等が存在することを前提とした計算式へと見直す。
- 2 現状追認的なものから、退院率等の将来目標を設定し、段階的に地域差の解消を促す算定式へと見直す。
- 3 都道府県の実態に応じて、各都道府県が目標設定等について、一定の自由度を確保する算定式へと見直す。
- 4 各医療機関の病床利用の目標設定等、他の目的に活用できる普遍的なものへと見直す。

精神病床の新たな算定式(案)

(計算式)

基準病床数 = (一年未満群) + (一年以上群) + (加算部分)

・一年未満群 = $(\sum AB + C - D) \times F / E1$

※A: 各歳別人口(将来推計、4区分)

B: 各歳別新規入院率(実績、4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値)

・一年以上群 = $[\sum G(1-H) + I - J] / E2$

※G: 各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分)

I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

・加算部分 $\leq (D / E) / 3$

※現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住
所を有する者の数)が $\sum AB$ より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数
を上限として適当と認める数を加えることができる。

・数値 : 都道府県ごとの数値を用いる。

○ 今後5年間の平均残存率等の目標値については、都道府県ごとに定められる10年後の達成目標と当該都道府県の現状値の中間値を基本とする。

新たな精神病床算定式と精神医療改革

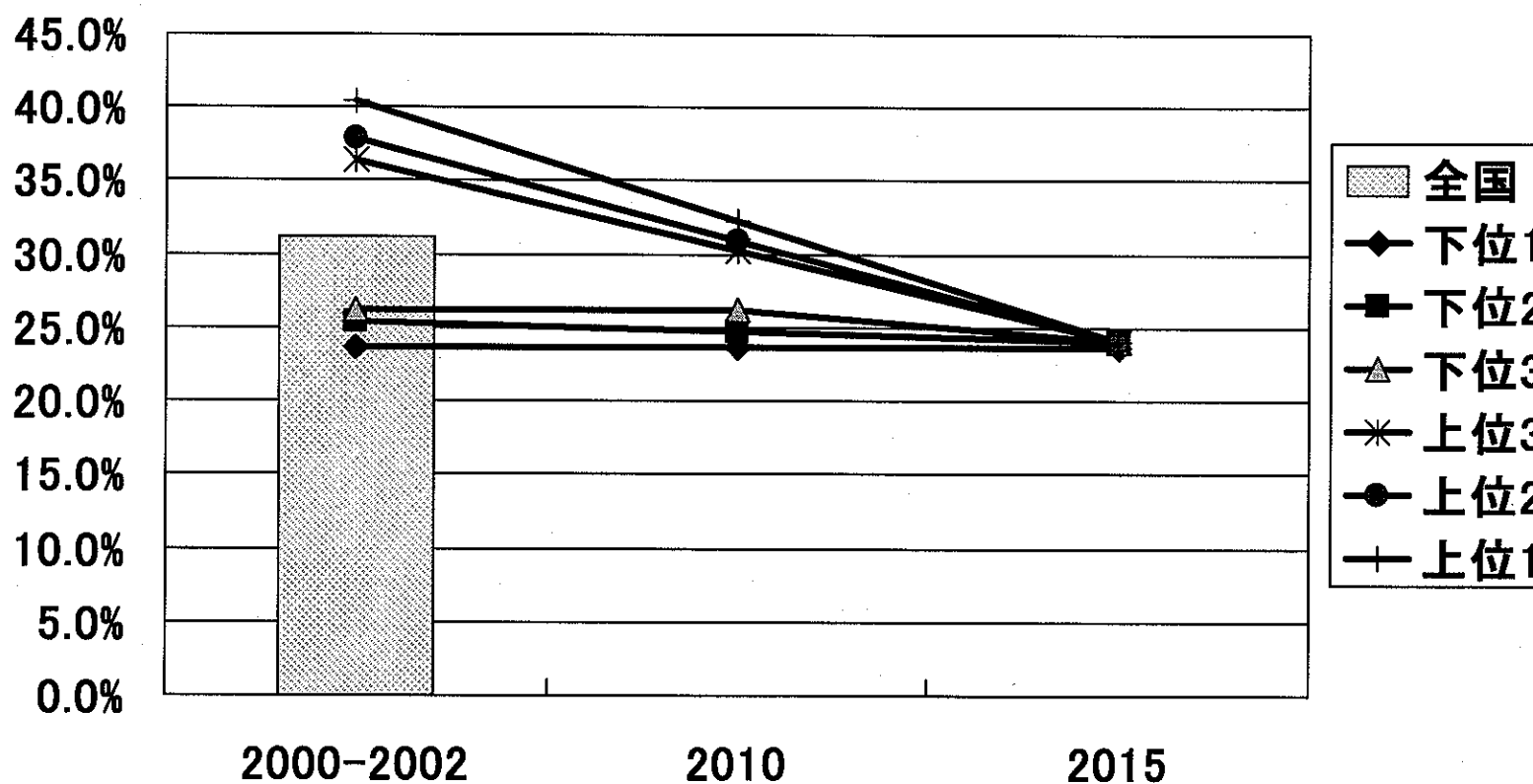
—平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究」をもとに—

国立精神・神経センター精神保健研究所

精神保健計画部長

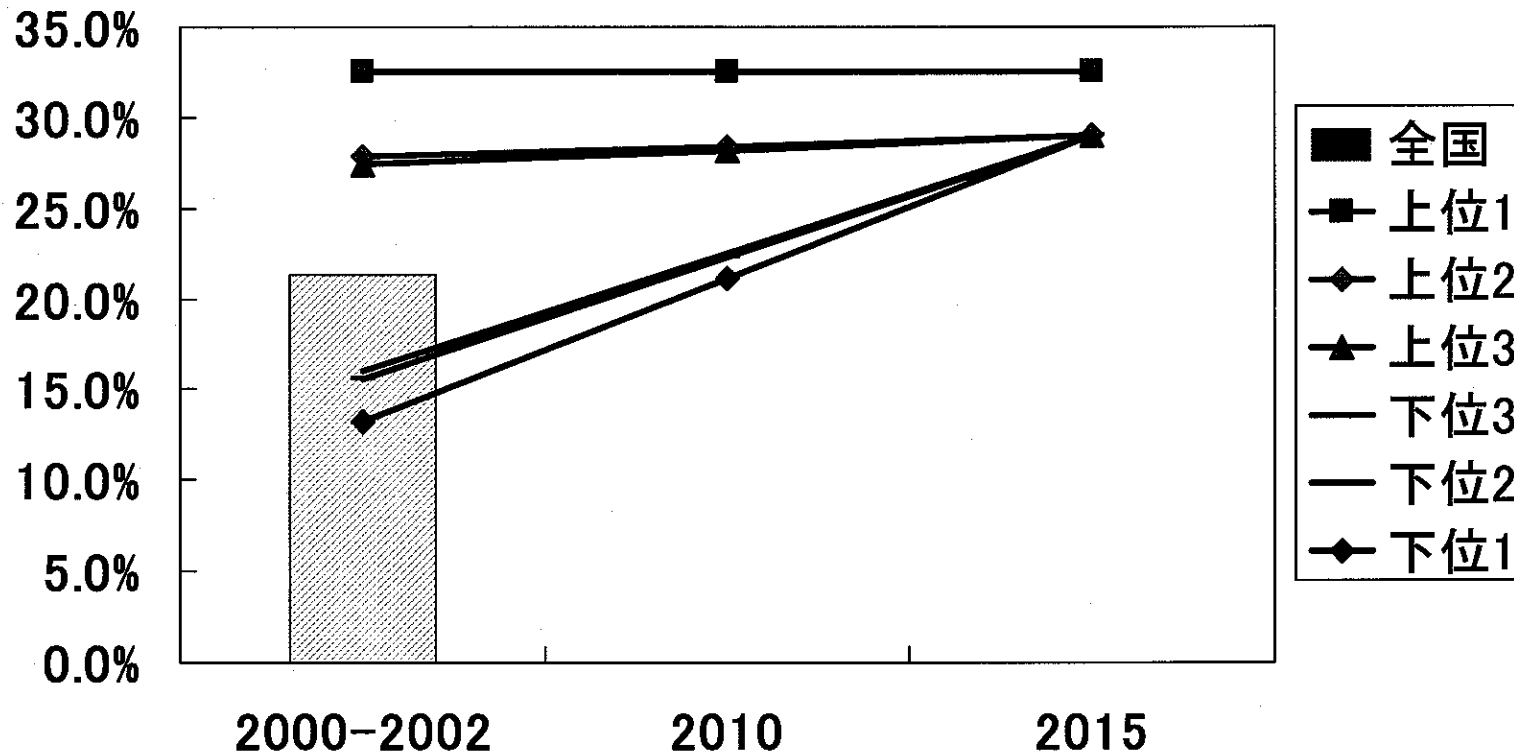
竹島正

平均残存率(一年未満群)の推計値



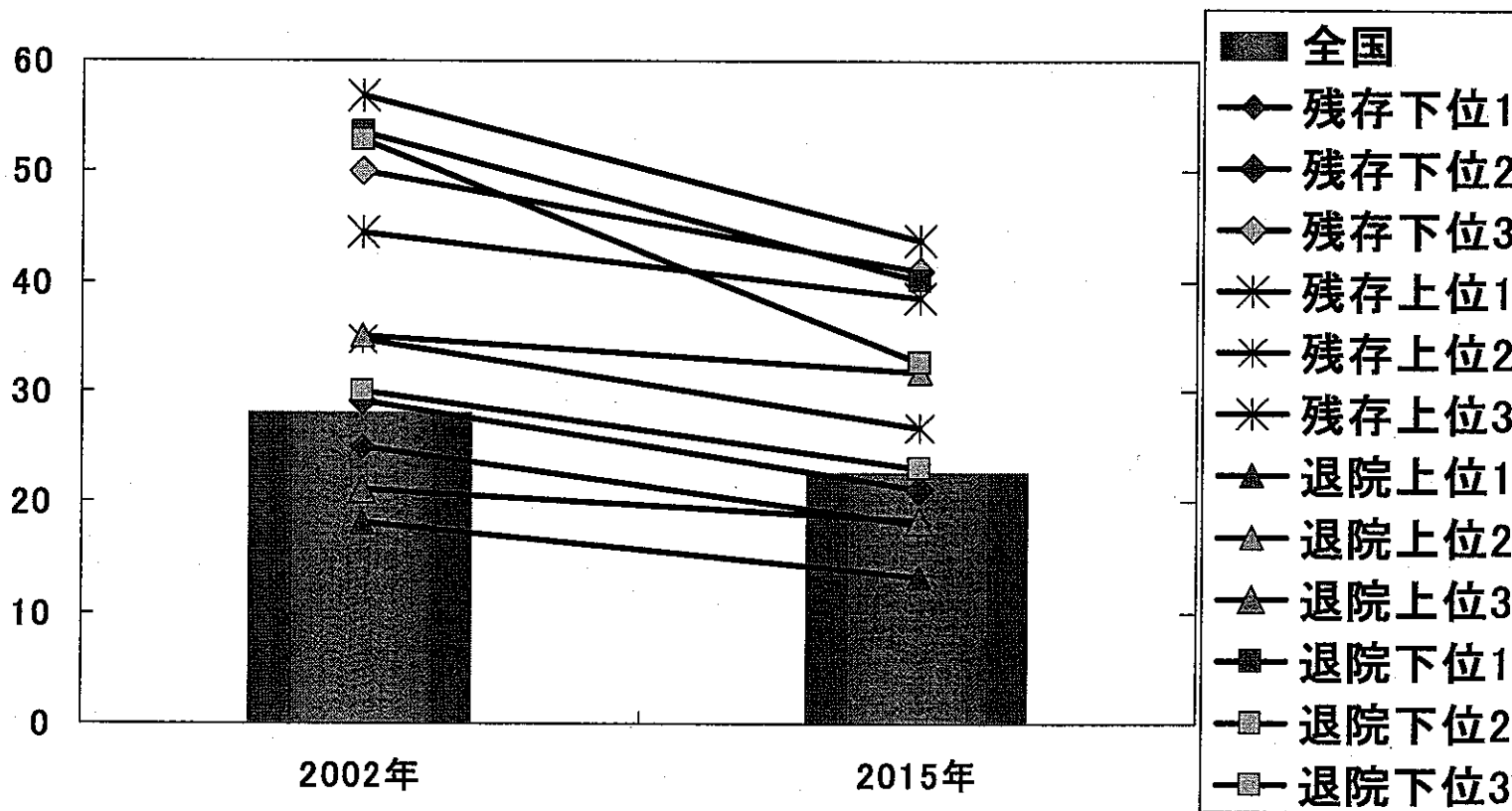
上位、下位県は2000-2002年の合計に基づく

退院率(一年以上群)の推計値



上位、下位県は2000-2002年の合計に基づく

基準病床数(人口万対)



2002年から2015年までに、約7万床の減少となる

検討・分析した事項

- ・入院患者の平均残存率及び退院率に影響する要因について
- ・都道府県において平均残存率の差を生じる要因の聞き取り調査
- ・社会復帰施設等の整備と平均残存率及び退院率との関連について
- ・平均残存率及び退院率からみた各都道府県の傾向分析

入院患者の平均残存率及び退院率に影響する 要因について

- ・ 平均残存率と退院率について、厚生労働省患者調査を用いて性別、年齢、診断などの患者特性との関係を総合的に検討した。
- ・ 長期在院化予備群が多くを占める「1年以上5年未満」の在院患者の特徴として、継続在院期間1年未満と比較して、年齢がやや高い、統合失調症等および認知症の割合が高く、九州の割合が高かった。
- ・ 入院後1年までの残存率の推移から、認知症、知的障害および統合失調症等では病院に長く残存する傾向が見られた。
- ・ 入院後の継続在院期間長期化に伴い、著しく退院可能性が低下していた。急性期に適切な対応ができる体制整備が退院促進に不可欠である。
- ・ 入院後1年未満と1年以降のそれぞれにおいて、性別、年齢、病名により退院可能性が異なることが示唆された。

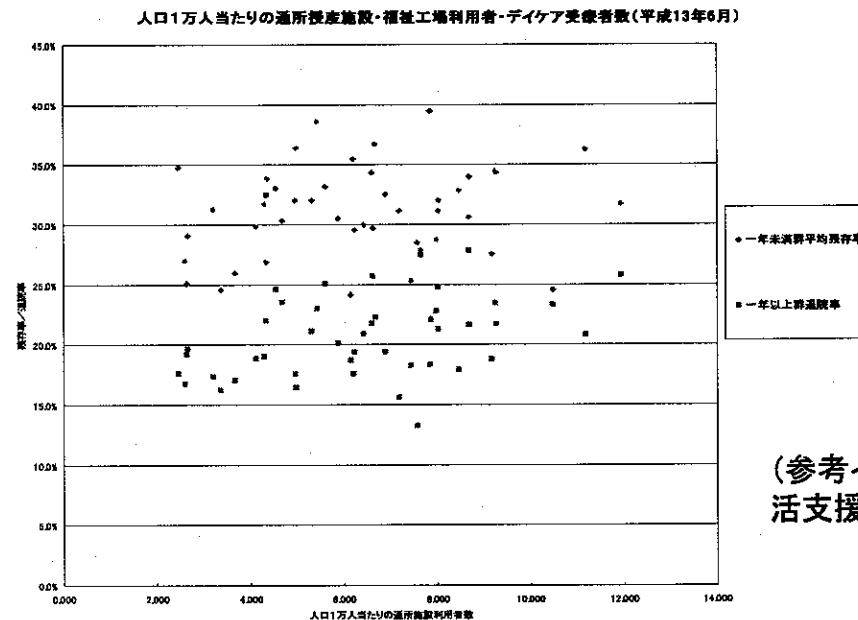
都道府県において平均残存率の差を生じる要因の聞き取り調査

	P県	Q県
人口万対病床数	25.0床	26.2床
病床利用率	90.9%	91.3%
平均在院日数	264.6日	513.3日
平均残存率(一年未満群)	23.7%	36.2%
退院率(一年以上群)	18.7%	16.4%

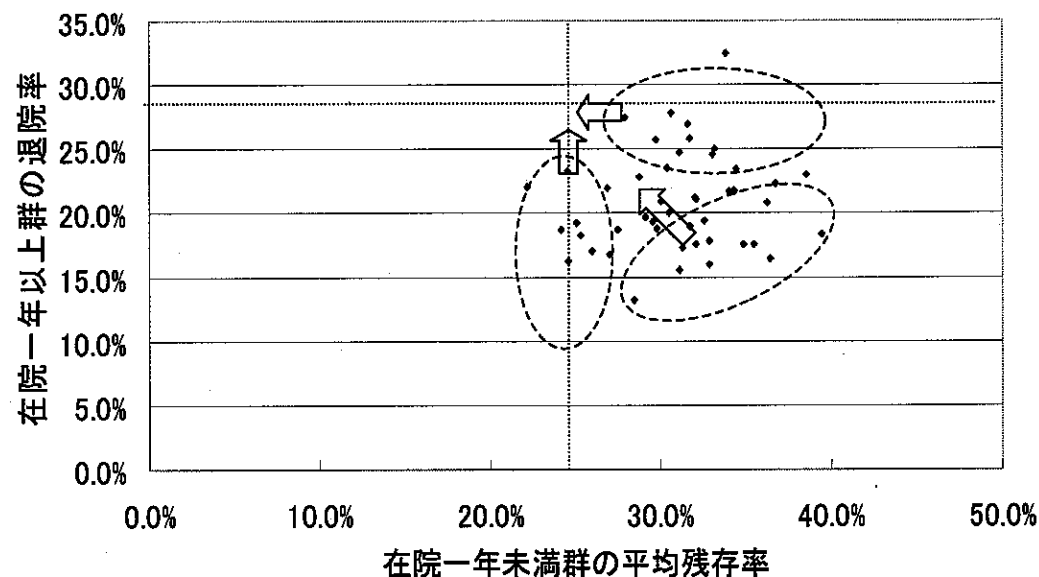
- ・ 診療応需体制:P県は各々のブロックで医療ニーズをほぼ満たすことができる。個々の精神科病院は自院の患者は休日夜間でも診療することが基本。Q県の精神科救急事業は、受診までのプロセスが複雑である。
- ・ 地域ブロックの大きさ:P県における人口60万程度の地域ブロックは、Q県の人口100万程度の地域ブロックよりも精神科救急として機能的である可能性がある。
- ・ 歴史的経緯・精神科医師等の交流:P県では歴史的に医師間、病院間の交流が積み上げられてきた。そのことが病院間の協力と機能分化につながり、平均残存率が低いことに反映されていた可能性がある。

社会復帰施設等の整備と平均残存率及び退院率との関連について

- 社会復帰施設等の整備状況と、各地域における平均残存率や、退院率との関連について検討した。
- 平均残存率および退院率と、入所型社会復帰施設等の数、人口当たり定員数および実利用人数の関連では、平成10年生活訓練施設数が、平成14年退院率と統計学的に弱い相関関係を示した。
- 通所施設では、平成10、14年度、いずれの施設のどの指標とも、有意な相関は認められなかった。



平均残存率及び退院率からみた各都道府県の傾向分析



- 平成14年平均残存率及び退院率に基づくクラスタ分析により、3つのクラスタが得られた。平均残存率が高く退院率が低い群では、入所施設数と全社会復帰施設数で、他の2群を下回っていたが、統計的に有意な差はなかった。
- 平均残存率や退院率は直接には社会復帰施設数や人口当たりの定員数、実利用人数と関連しておらず、退院の促進には単純に施設の増設だけではなく、さらなる課題があることが示唆された。
- 退院率と平均残存率の両方に課題を抱えた県では、施設数そのものが不足している可能性もあり、地域特性を検討したより詳細な検討が必要である。

精神保健福祉施策における 今後の方向性

厚生労働省障害保健福祉部
精神保健福祉課

目指すべき方向性

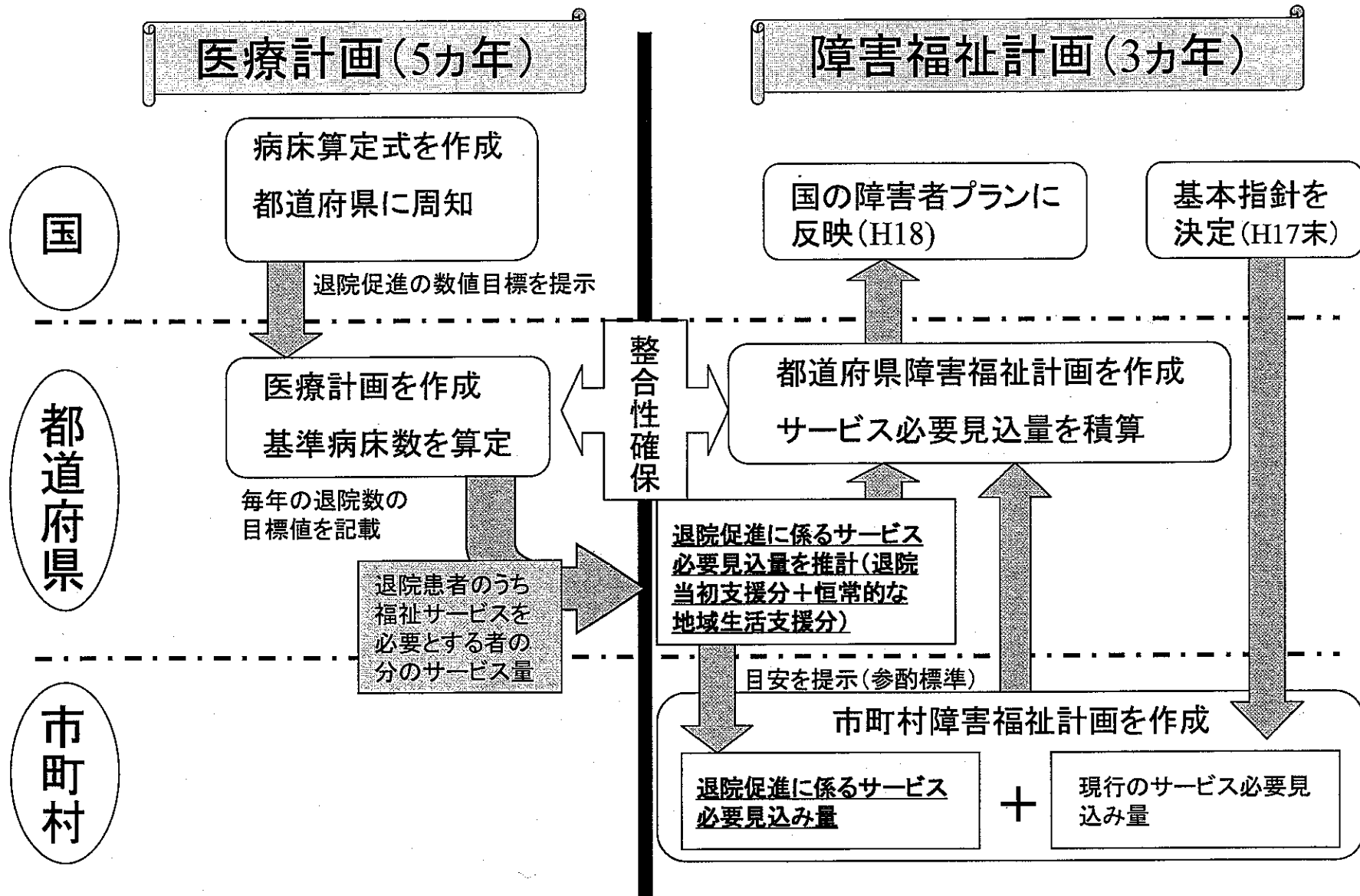
＜その1＞急性期等の医療の充実等

- 直接的には早期退院の実現
- さらに、新規の長期入院の発生のできる限りの防止効果も
- 病床の機能分化(強化)等
 - ・急性期、社会復帰リハ等の枠組みの整備(報酬体系等)
 - ・救急医療体制の強化等、都道府県単位での分化を進める枠組み
 - ・各病院における急性期等への人員の再配置
- 入院形態別の退院促進
 - ・措置入院等を受け入れる病院の基準見直し
 - ・都道府県における実地検査等の体制強化

＜その2＞社会復帰リハの強化と地域体制強化

- 病床の機能分化(強化)等
 - ・急性期、社会復帰リハ等の枠組みの整備(報酬体系等)
 - ・高齢者の増加等を念頭に置いた介護力を強化した病床の枠組み
 - ・個々の医療施設等の長所を活かすための連携
- 地域における体制づくり
 - ・住、活動、生活等の支援体系の再編と充実(障害者自立支援法案)
 - ・都道府県、市町村における地域サービスの具体的な数値目標等を定める計画的な行政の推進
 - ・各病院における精神分野のノウハウを活かせる他分野への人員の再配置

医療計画と障害福祉計画の関係(精神部分)[イメージ]



今後のスケジュール(案)

<病床算定式関係>

- 17年5月 医療法施行規則の改正・公布
- 17年度中 各都道府県において、
 - 新たな算定式に基づく各都道府県の基準病床数の算定(達成目標の設定を含む)
 - 目標値を達成するための方策に関する検討(退院促進事業等)
- 18年4月 新病床算定式の施行

<医療計画関係>

- 18年冬 医療法の改正法案を国会に提出
- 18年度以降 各都道府県において、障害福祉計画とも調和を図りつつ、随時医療計画の改定を実施(精神科救急医療体制の整備に関する事項や、精神長期入院患者の退院の促進に関する事項を規定する予定)

精神保健福祉の抜本的な改革

～精神障害者が地域で普通に暮らせるために～

増加する精神障害者の社会復帰・地域生活支援は緊急の国家的課題

・精神障害者総数 約258万人
・入院中の精神障害者総数 約33万人

制度の抜本改革が必要

制度改革による精神障害者の社会復帰・地域生活の確保

精神医療の質の向上等

☆急性期医療や社会復帰リハビリなどの充実など、病状に応じた医療を提供 等

地域社会の受け皿(支援のための福祉サービス)の整備

☆一人ひとりのニーズに応じた就労等の支援目標と支援プログラムの策定 等

精神障害に対する正しい理解

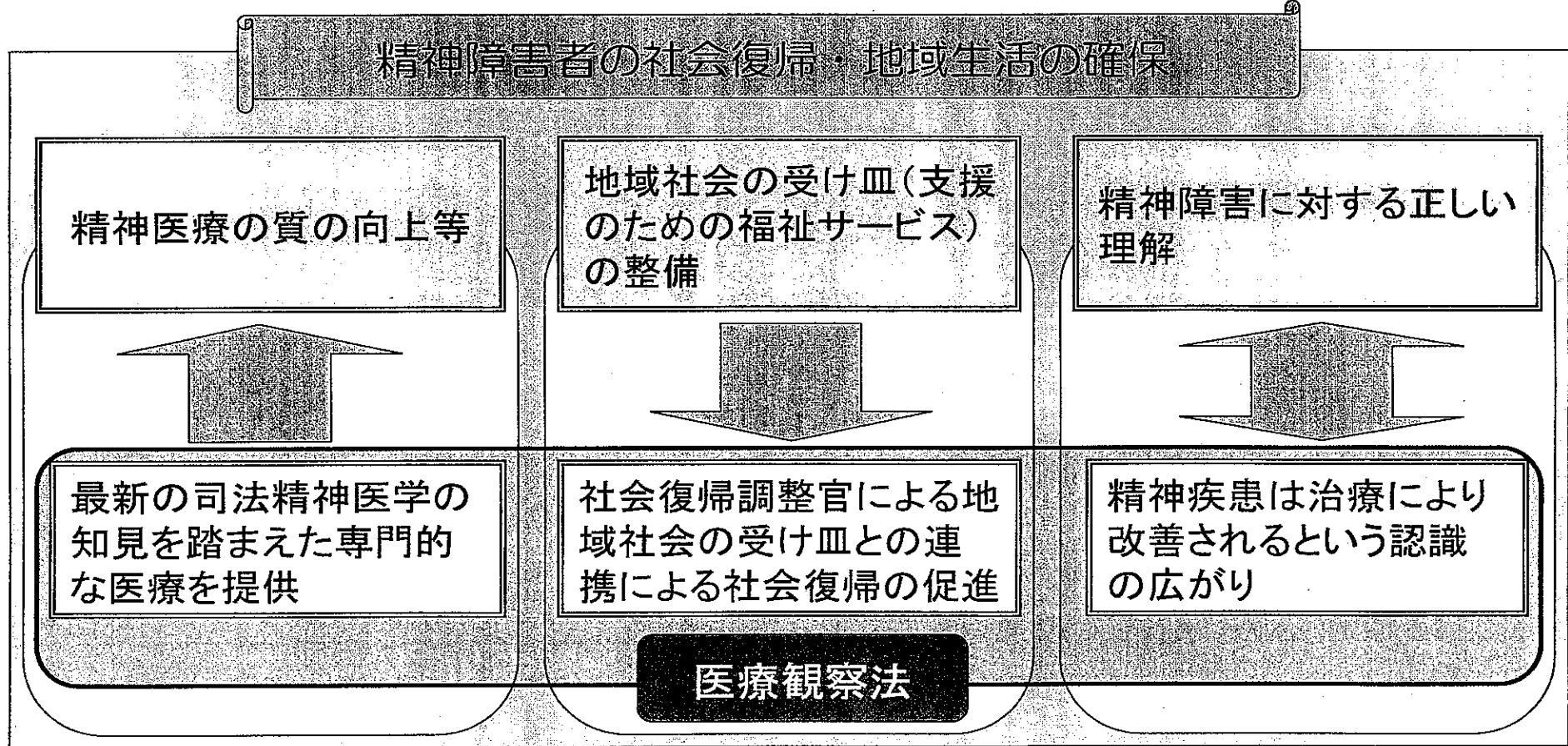
☆各種啓発活動の実施 等

次期通常国会

障害者自立支援法の提出など抜本的な改革に着手

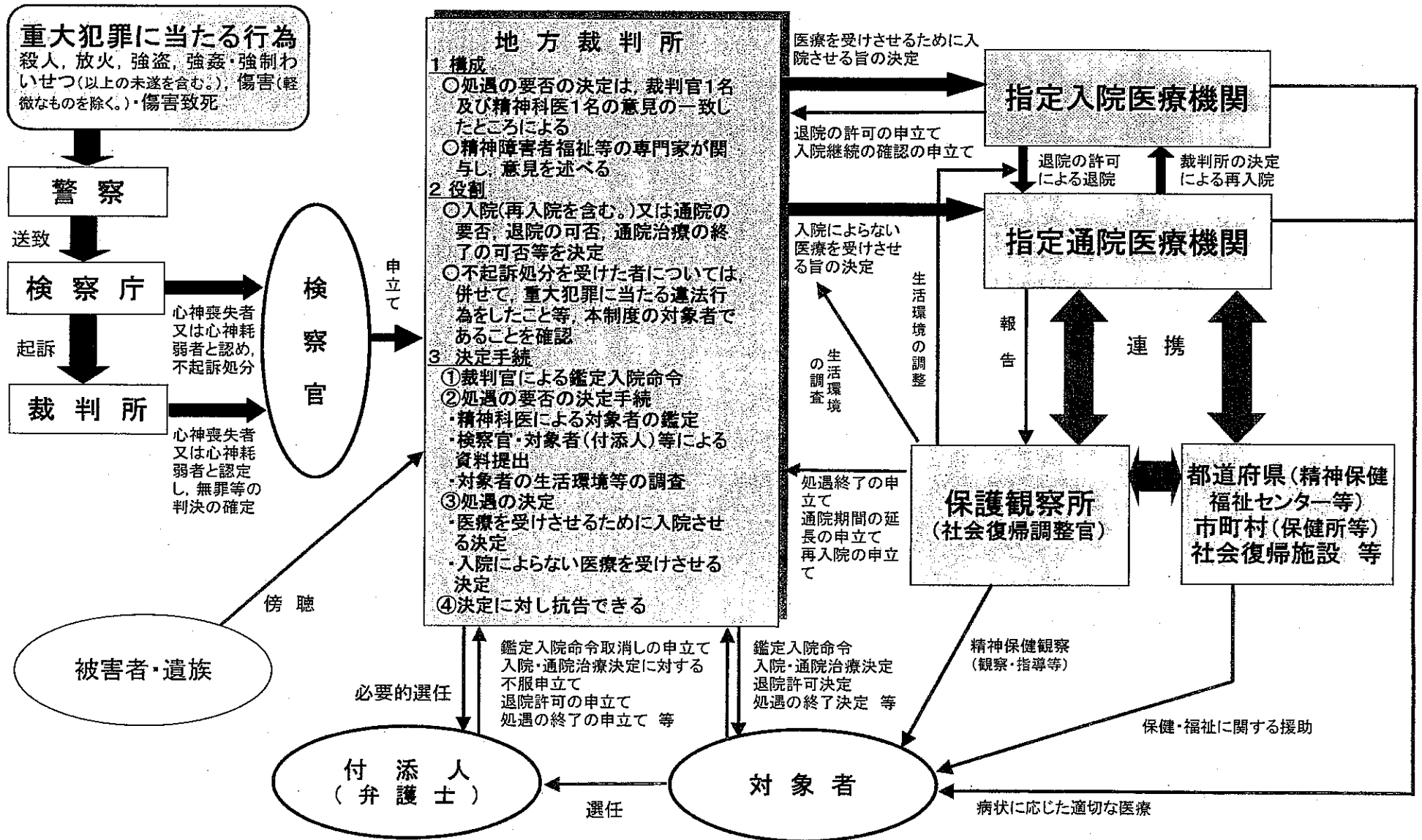
制度の抜本的改革と医療観察法

～精神障害者の社会復帰・地域生活確保に向けた相互作用～



制度の抜本改革を着実に実施する中で、精神障害者の社会復帰を目指す医療観察法の適切な運用を図り、精神障害者の地域生活を確保

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

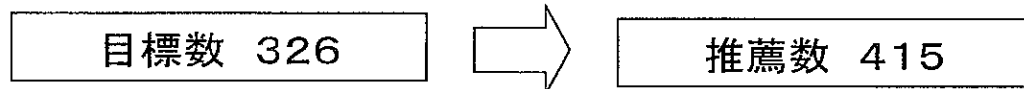
5. 鑑定入院を引き受ける医療機関のリストの提出

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



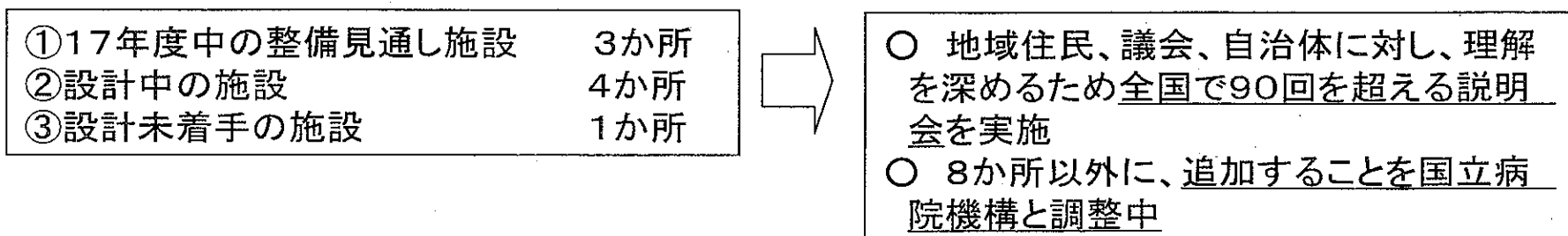
(2) 精神保健参与員候補者



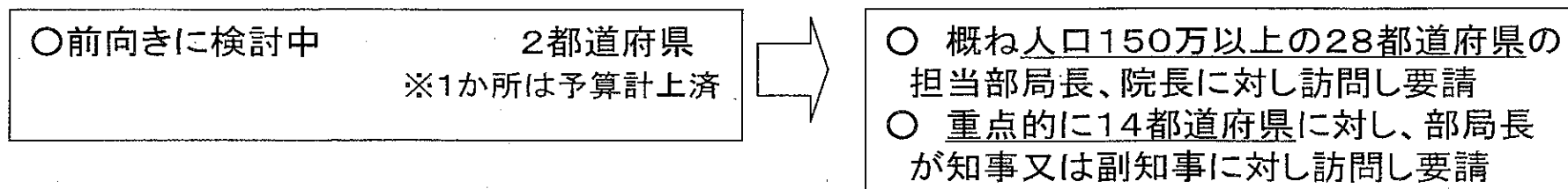
2. 指定入院医療機関の確保(別紙1)

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



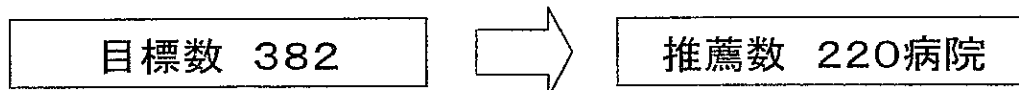
(2) 都道府県関係



3. 指定通院医療機関の確保(別紙2)

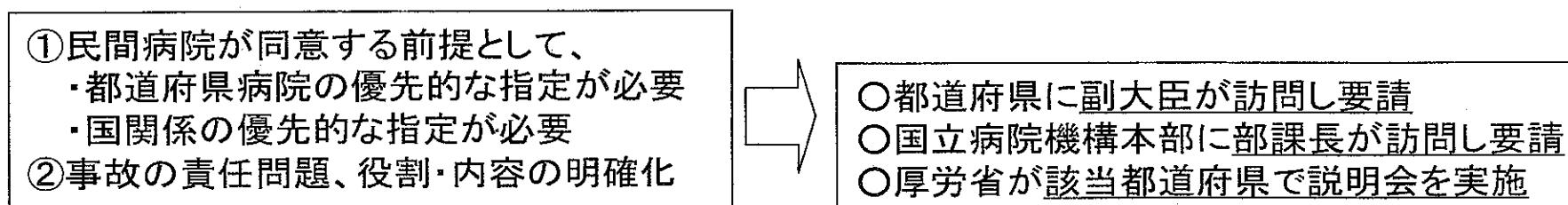
指定通院医療機関は、設置主体に関わらず、各都道府県に最低2か所、人口100万人当たり2～3か所程度を指定する必要があるが、また、指定通院医療機関の状況に応じ、その指定通院医療機関を補完する訪問看護ステーション、デイケア等の確保や薬局の確保も必要であり、それぞれ調整を進めている。

(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



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るが、保護観察所と各都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、各都道府県最低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、各都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。

(別紙1)

指定入院医療機関の状況(H17.4.1現在)

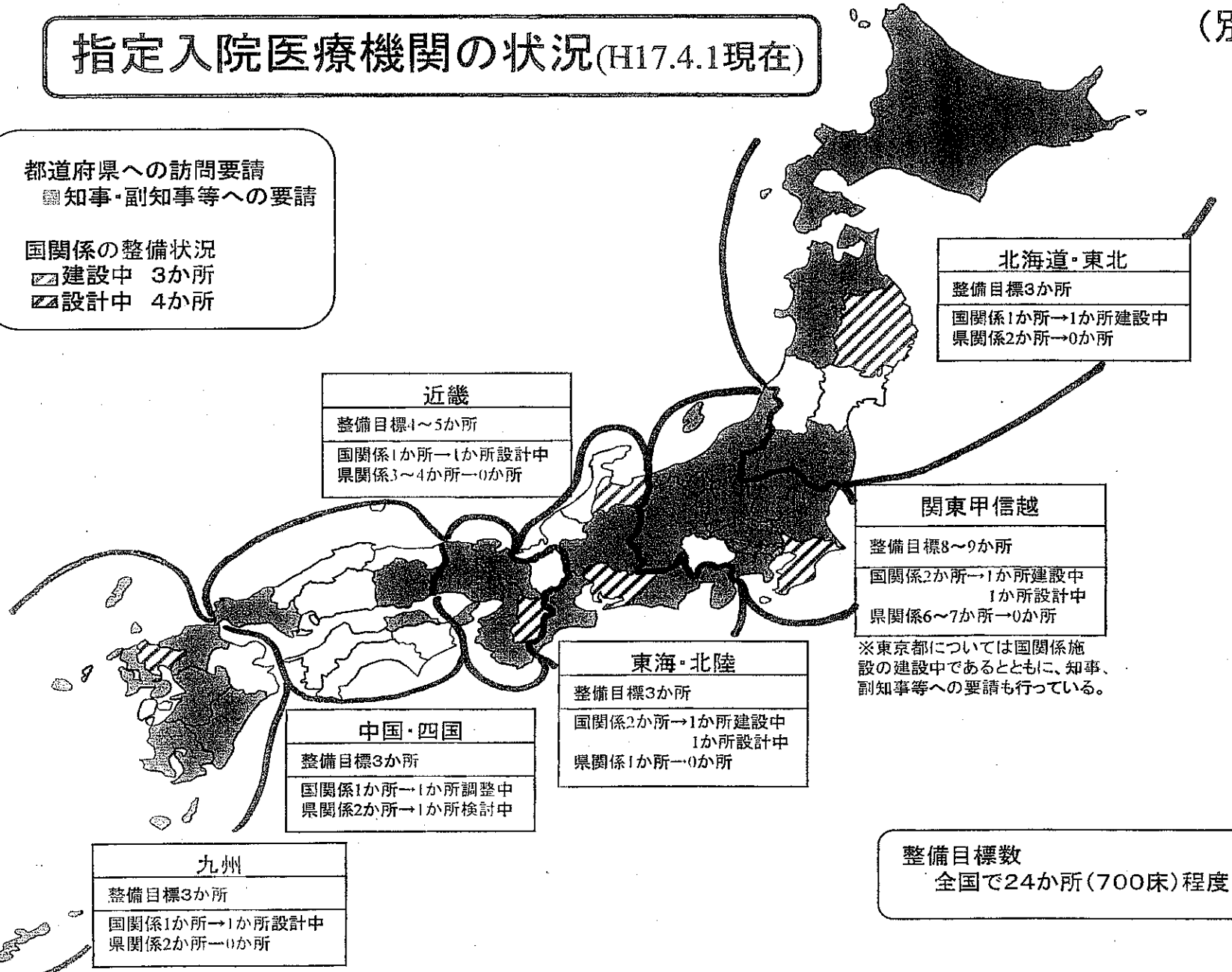
都道府県への訪問要請

■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

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

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

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

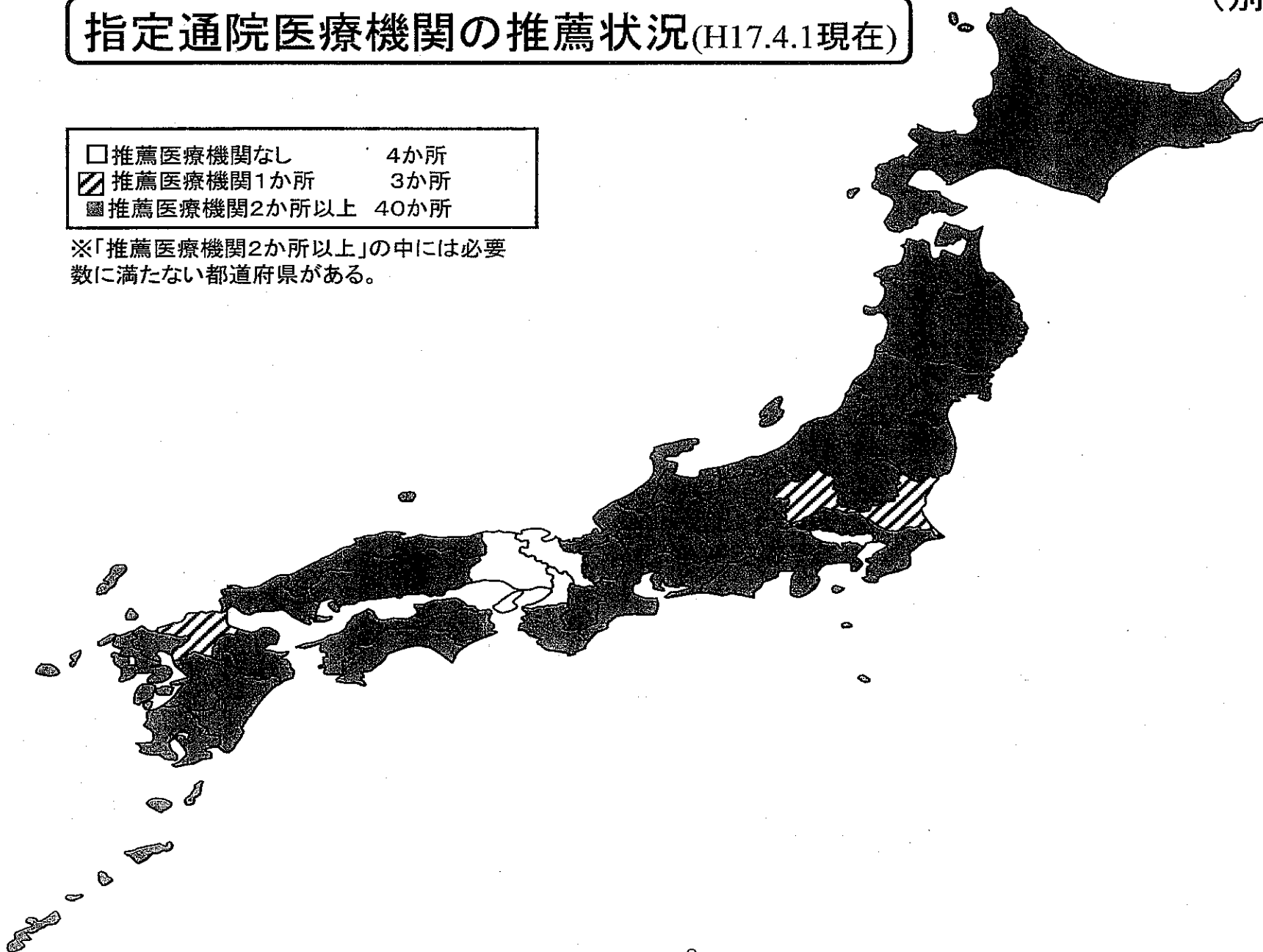
九州
整備目標3か所
国関係1か所→1か所設計中 県関係2か所→0か所

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 |

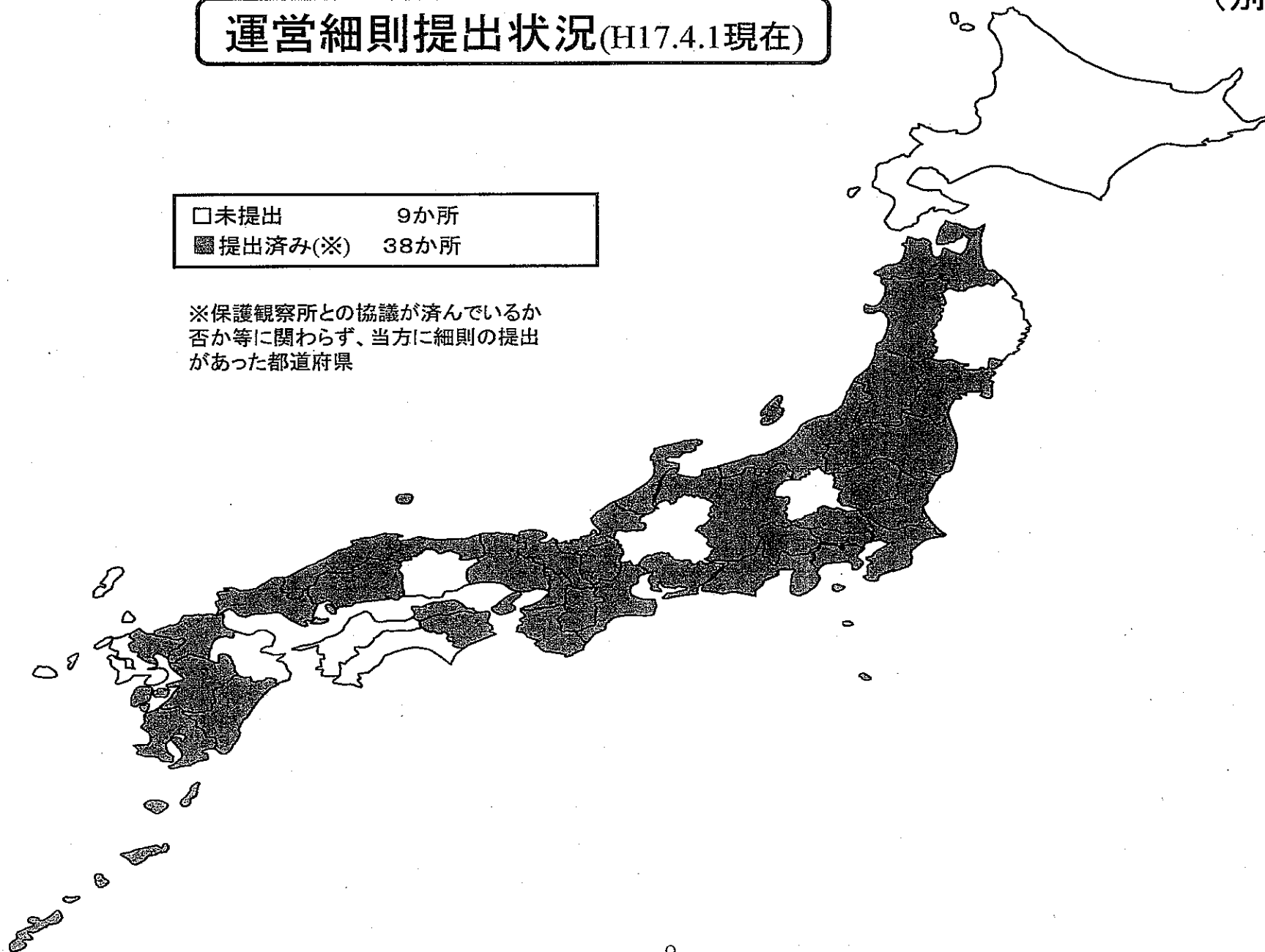
※「推薦医療機関2か所以上」の中には必要数に満たない都道府県がある。



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



参考資料

障害者自立支援法案に関する これまでの国会答弁の議事録

この資料は、今国会におけるこれまでの障害者自立支援法案に関する国会質問及び答弁のうち、代表的なものの議事録抜粋をまとめたものです。

厚生労働省障害保健福祉部

平成 17 年 4 月 28 日

目次

I 改正の趣旨関係

- I-1 障害者自立支援法案は、利用者の負担増など、障害者の自立支援を妨げるものではないか。・・・ 1
(3/10 参・予算委 紙智子議員)
- I-2 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。・・・ 4
(3/16 参・予算委 小林正夫議員)

II 利用者負担関係

- II-1 利用者負担の見直しの基本的考え方如何。・・・ 6
(2/23 衆・厚労委 園田康博議員)
- II-2 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。・・・ 8
(3/16 参・予算委 小林正夫議員)
- II-3 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。・・・ 10
(2/18 衆・予算委 福島豊議員)

III 新事業体系関係

- III-1 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。・・・ 11
(2/23 衆・厚労委 福島豊議員)
- III-2 身体障害者のグループホームを認めるべきではないか。・・・ 12
(2/25 衆・予算委第5分科会 宮下一郎議員)
- III-3 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。・・・ 13
(3/4 参・予算委 木庭健太郎議員)

- Ⅲ－４ 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。・・・ 14

(3/4 参・予算委 木庭健太郎議員)

- Ⅲ－５ 障害者自立支援法案により、ヘルパーの派遣時間に1日4時間という制限が設けられたり、市町村が必要な予算を確保しなくなったたりするのではないかという不安を聞いているが、政府の見解如何。・・・ 15

(3/11 参・本会議 高橋千秋議員)

Ⅳ 精神通院医療関係

- Ⅳ－１ 精神通院公費負担医療において、利用者の負担が上がることにより、早期に発見できず、また、治療が中断し、必要な医療が受けられず病状の悪化につながるのではないか。・・・ 16

(2/23 衆・厚労委 福島豊議員)

- Ⅳ－２ 負担増により受診抑制や精神症状の悪化を招かないよう、精神通院公費負担医療についても、負担上限を定める際の所得の範囲は個人の所得とすべきではないか。・・・ 18

(3/15 参・厚労委 西島英利議員)

Ⅴ その他

- Ⅴ－１ 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。・・・ 20

(2/23 衆・厚労委 福島豊議員)

- Ⅴ－２ 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。・・・ 21

(2/23 衆・厚労委 福島豊議員)

- Ⅴ－３ 介護保険法の附則において、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のを念頭に置いているのか。・・・ 22

(2/23 衆・厚労委 園田康博議員)

- Ⅴ－４ 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のと重度の人のサービスが制約を受けるのではないか。・・・ 23

(2/18 衆・予算委 福島豊議員)

I-1 障害者自立支援法案は、利用者の負担増など、障害者の自立支援を妨げるものではないか。

【平成17年3月10日 参予算委】

○紙智子君 日本共産党の紙智子でございます。

今、多くの障害者の皆さんが今度の国会に出されています障害者自立支援法による制度改悪で大幅な自己負担になることに強い不安を持って、この国会の審議も注目をしています。(資料提示)

これは厚生労働省が作っている資料から作成したものですけれども、障害者福祉サービス平均利用料の負担増ということです。これは平均ということです。

私の地元、北海道の社会福祉法人の試算でも、脳性麻痺の方で、重度、車いす、この方がアパート住まいをしている二十九歳の女性ですけれども、施設に通って、作業工賃、つまりお給料は月々わずか七千五百円と。今は施設利用料は掛かりませんが、制度改悪で月に一万九千円の負担になります。食費も切り詰めて生活をしている中で、本当にこれ打撃になるわけです。ホームヘルプサービスや移動介護など、もっとサービスを利用しますと更に多くの負担になるわけです。これではどこにも出ないで家にいると言われていたようなものだ、そして、自立支援ではなくて自立させないというのと同じだと、こういう言葉が次々に出されているわけです。こういう人たちに負担をさせるのはやっぱり余りにもひどいじゃないかと思うわけです。

総理は厚生大臣のときに何度も障害者の地域における自立の支援を推進するというふうに言われてきたと思うんですけれども、今障害を持つ皆さんが逆に自立を阻害するとこぞって批判をされている中で、この声を総理はどう受け止められますか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 現在、自立を支援する機運が盛り上がっており、各地域では様々な取組がなされております。この障害者の自立支援プログラム、利用者も増えてまいりました。同時に、この支援制度を生かしていかなくやならないということから、この制度を存続させていくためにはということ、低所得者等に配慮しながらやってきているわけで、負担できない人にまで負担をしないという制度ではございません。

こういうことにつきましては、各障害を持っている方、程度が違いますけれども、この制度に恵まれてない方もおりますので、そういう点も含めた対応を取っておるところであります。

率直に、まだ不十分な点もあると思いますが、こういう方々の意見を聞きながら、改善すべき点は改善していかなくやならないと思っております。

○紙智子君 今、不十分な点もあるというふうに言われました。やはり、障害年金で

八万ですとか十万とか、こういうところで生活をされている障害者にとっては、本当にわずかなものでも本当に負担が重いわけです。

それで、減免制度もやるんだということですけども、三年の期限があるわけですよ。それから、障害者への支援ということでは、これは外出をすとかおふろに入るとか、こういう普通の生活をする上では欠かせないものなわけです。ですから、こういうところになぜ負担をさせるのかと、そういう考え方自体が私、誤りじゃないかというふうに思うんです。

しかも今回、障害者本人に収入がなくても家族に収入があればこの負担額が上がる世帯所得という考え方を入れていくわけですよ。これは、年老いた親の年金からも費用をもらわなくちゃいけないということになると思うんです。ようやく作業所に行き出した我が子がまた家にこもらなくてはならなくなると、本当に涙ながらの訴えが私たちのところに寄せられているんです。

厚生労働省も、一昨年、支援費制度を導入したときに、この障害者の皆さんの要望もあって、親や兄弟の収入を当てにすることはやめたはずだと思うんですけども、それにも逆行していると思うんです。せめてこの世帯所得という仕組みはやめるべきではありませんか。

○国務大臣（尾辻秀久君） まず、改悪というお話がございましたので、そこについても申し上げておきたいと思えます。

一昨年に私ども、支援費制度というのを……

○紙智子君 時間がないので。

○国務大臣（尾辻秀久君） はい。

始めました。その支援費制度を始めて、市町村が新たに事業を取り組んできたものですから、このサービス量というのは物すごく大きくなったわけです。ですから、障害者の皆さんに対する国全体でサービス量が物すごく大きくなったというのは、まず評価をしていただいているんじゃないかと思えます。

その大きくなったために財政的にどうするかという問題が出てきたんで、これを今までは裁量的経費だったから私どもは毎年予算で四苦八苦してたのを義務的経費に今度やろうという、そういう大きな流れだというのは是非御理解をいただいておりますというふうに思って、まず一点申し上げました。

それから、今度は負担義務の話でありますけれども、今回の新制度におきましては扶養義務者の負担を廃止して、扶養義務者の負担を廃止して本人のみを法律上の負担義務者にした、これはもうそのとおりしたわけであります。

ただ、それはもう原則でそうしたんですけども、今度は負担の限度額を設けなきゃいけない。負担の限度額を設けなきゃいけないということになったときに、じゃその経済的な面においてそれをどう見るかということがありますから、世帯の構成員がお互いに支え合うという生活実態があることを踏まえて、これは介護保険制度に合わしているんですけども、介護保険制度に合わして生計を一にする世帯全

体を負担能力と判定するというにしたわけで、それを提案しているんです。

しかし、それ、そこまで言ってもまだいろんな議論がありますから、いろんな議論がありますから……

○紙智子君 結論をお願いします。

○国務大臣（尾辻秀久君） その議論を今からやって、今からやって今後具体的な検討を進めると、最後の答え、これなんですけれども、いろんな議論がありますからその議論の中身を言いたかったんですけれども……

○委員長（中曽根弘文君） 答弁は簡潔にお願いいたします。

○国務大臣（尾辻秀久君） 具体的な検討を進めるんですということを最後に申し上げます。

○紙智子君 今、検討されるということなので、是非この要件については削除をするようにお願いをします。

I-2 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。

【平成17年3月16日 参予算委】

○小林正夫君 平成十五年五月に、福祉サービスの利用に関して、サービス内容を決定する、決定する措置制度から利用者本位の考え方に立つ新しい仕組みの支援費制度に移行しました。

今回、この制度を見直すという考え方ですけれども、支援費制度の総括、まあ評価というんですかね、こういうものがどうだったのか、なぜ今回、二年もたたないこういう段階で見直しをするのか、このことについてお伺いしたいと思います。

○国務大臣（尾辻秀久君） まず申し上げますけれども、支援費制度というのは、措置制度から今お話しのように変えたわけでありまして、大変評判はいいと思っております。評判が悪いから変えるということではないということをお知らせ申し上げた上で、更に申し上げます。

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いたしております。まずそのことを申し上げます。

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ます、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、これは二年間で本当に利用者が多くなりまして、そのこと、そのためにこのままでは制度を維持することが困難になっておるという状況にありますので、ここでまた一遍変えさして、制度を見直さしていただきたい、こういうふうに思っておるわけでございます。

したがって、今般、障害者自立支援法案におきまして、支援費制度の自己決定と自己選択及び利用者本位、これは大きな理念でありますけれども、この理念は継承しつつ、これは守らなさいいけない理念だと思っておりますから、大変重要な理念だと思っておりますから、自己決定と自己選択及び利用者本位というこの理念は継承しながら、障害者保健福祉施策の抜本的な見直しを行うこととしたものでございます。

具体的には、障害の種別にかかわらず一元的にサービスを提供する仕組みの創設、様々な障害のある方が支援の必要度に応じて公平にサービスを受けられるよう障害の程度に関する尺度の設定や、ケアマネジメントの制度化によりサービスの支給

決定の客観化、透明化、また、福祉サービスの利用者も含め皆で制度を支え合う仕組みとするため、サービスの利用と所得に着目した費用負担の仕組みの導入、障害者の在宅サービスに関する国及び都道府県の負担の義務化などを提案させていただいたところをございまして、障害者福祉、障害保健福祉施策をより推進していくために必要不可欠な見直しであると考えております。

Ⅱ－１ 利用者負担の見直しの基本的考え方如何。

【平成 17 年 2 月 23 日 衆・厚労委】

○園田（康）委員 （略）そしてまた、もう一つ、今回のこの法律の中身でいきますと、いわば当然のようと言ったらまたこれもちょっと語弊があるかもしれませんが、今までの応能負担から応益負担という形が定率負担の中に導入をされてきたわけでございます。利用者の方々が一割負担、これをお願いするというところでございますけれども、その際の理由といたしまして、他の制度との整合性を図らなければいけないのだというようなことをおっしゃっておられるわけでございますけれども、これはどうも私自身にはちょっと納得のいくものではないのですね。

といいますのは、応益負担というその考え方自身が、まだ私自身の中できちっと腑に落ちていない部分があります。つまり、益を得る、利益を得るという状況を応益負担という、能力ではなくて、何かサービスを受けて利益を得た上で、それに対して見合った部分を払うという考え方だろうというふうに考えているわけなんですけれども、果たして、障害者の方々が受けるサービスというのは、彼らにとっての利益という概念で私はくくっていいものかどうかという大きな疑問を持っているんです。したがって、私のところにも涙ながらにお訴えをしてこられる方々がいらっしゃるわけなんですけれども、障害を持った方々にとってみれば、私たちが受けるサービスというのは利益なんだろうという、本当に素朴な質問をいただいたのですね。

つまり、私はもう幸いに風邪は完治してきておりますから、そんな、今五体満足の状態であるわけでありましてけれども、障害を持った方々からすれば、本当に生活をしたい、地域の中で本当に自立をした自分自身の人間たる尊厳を持って暮らしをしたい、だけれどもそれが先天的にもできない、あるいは途中で事故を起こしてしまってそれできなくなってしまった。できなくなってしまったということは、これはある種、マイナスと言ったらまたこれもちょっと語弊があるかもしれませんが、私に比べれば、要は私がサービスを受ければそれは利益になると思うんです、ゼロからのプラスですから。ところが、彼らにとってみれば、ゼロすらにもなれていない状況を何とか私たちと同じ生活に持っていこうというところの、国の措置といいますかサービスという形でこの制度があるわけですね。そうすると、サービスの利益という概念というのは、ちょっと私はどうもこの中に納得のできていない部分があるんです。

なぜ応益負担というものがこの中に導入されることになったのか、あるいは応益負担というものをどういう考えで政府は使っているのか、その点をちょっと伺いしたいと思います。

○塩田政府参考人 一昨年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わけでございます。障害を持つ方がこれから地域で暮らすという意味で、サービスを質の面も量の面も格段に拡充していくことが必要だと思いますけれども、現行の支援費制度のままではそれが確保できないであろうと懸念を持っているところでございます。

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ところでございます。

現行の支援費制度は応能負担ということでありまして、在宅サービスについていえば、実際御本人が負担している事業費に比べて-%程度で、ほとんどの方が低所得者であることは事実でございますけれども、今度導入しようとする制度は、応益負担というもの、厳密に言うと応益負担のものではなくて、応益と応能のミックス、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ると考えております。

一割負担という、定率は一割になりますけれども、低所得者の方々、生活保護でありますとか市町村民税非課税、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ますし、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もする予定にしているところでございます。

いずれにしても、これからサービスを伸ばしていかなくてはいけないということが至上命題でありまして、そういう場合には市町村の協力も要りますし、納税者の方の御理解も要りますし、そういう意味で、御本人にある程度の御負担をしていただくということは避けて通れない選択であろうと思っております。例えば、サービスがただであれば、それは一見非常にいいことでありますけれども、サービスを提供される側の事業者の質を向上する意味でも、サービスに見合うある程度の対価というものがサービスの質も向上していくと思えますし、量的な拡大をしていく上でも、関係の方、御本人の御負担は避けて通ってはいけませんと私は考えております。

Ⅱ－２ 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。

【平成 17 年 3 月 16 日 参・予算委】

○小林正夫君 費用の負担上限にかかわる政府の試算では世帯単位で行われておりました。支援費制度では、本人が二十歳以上の場合には扶養義務から父母を外したという経過もありました。福祉的就労から一般雇用に移行した人の実績を見ると一・一％ぐらい、このような数字もあります。なかなか、障害を持っている方が雇用されるという割合がなかなか難しいということはこの数字は言っているというふうに思います。

障害を持ってる御両親は、自分が死んだ後子供がどうなるかということが心配で、少しでも蓄えをしておきたいと、こういう親の気持ちになるんだと思います。費用負担上限について利用者本人の負担能力から世帯単位での負担能力とすれば、本人が払えない分を親や同居家族が払うということになる、こういうことになると思います。

障害のある人々の個人の尊厳を傷付けたり、あるいは自主性を壊すことになってしまっているのではないかと。私、このように心配をいたしますけれども、関係大臣の御所見をお伺いしたいと思います。

○国務大臣（尾辻秀久君） まず、今回の新制度においては扶養義務者の負担を廃止をいたしまして、これはかねて強い御希望もあつたところでありますから、本人のみを法律上の負担義務者としたところでございます。まず、これが基本でございます。

ただ、その上で、低所得者対策をどうするかということになりますので、そこを是非きめ細かくやりたいということで、どういうことが今度はまた言われておるか、私どもが御提案申し上げているかということになるわけでございますけれども、どうしても、世帯単位の所得に応じて負担の限度額を設けることとしておるわけでございます。経済的な面において世帯の構成員がお互いに支え合うという生活実態があるということを踏まえて、これは介護保険制度などと同様にするというのもありますけれども、生計を一にする世帯全体で負担能力を判定することを今御提案を申し上げております、御提案申し上げます。

しかしながら、この点についてはいろいろ御意見がございます。まず、最初に申し上げましたように、障害者の自立という観点から、本人の所得のみに基づいた負担上限とすべきである、こういう御意見がございますし、また一方、生活が一体であるべき配偶者についてまで本人とは生活が別のもので取り扱うことは適当ではないのではないかという御意見でありますとか、また、医療保険制度や特に税制面において被扶養者などとして事実上の経済的な恩典を受けている場合にまで、

税制上の恩典を受ける場合にまで障害福祉分野においてのみ特別な取扱いを行うことについて理解が得られるかどうか、様々な意見がありますということを申し上げたところであります。

そこで、私どもはそういう御意見を今お聞きをいたしておりますから、生計を一にする世帯の範囲につきましては、今後具体的な検討を進めることにいたしておりますが、その際に、今回の利用者負担の見直しの趣旨や、こうした御意見、今申し上げたような御意見などを踏まえて検討を行いまして、具体的な範囲や基準を改めてお示ししたいと考えております。

○小林正夫君 そうなると、世帯単位でやるかどうかはまだ決まっていないと、こういうことでよろしいですね。

○国務大臣（尾辻秀久君） 申しあげましたように、今後検討をいたす課題といたしております。

○小林正夫君 財務大臣にちょっと御所見をお伺いします。

今の、日本全体の税金を使っていこうと、こういう中の一つですから、先ほど言ったように、障害の方の支援費制度から、世帯単位も考えられると、こういうお話だったんですけども、そのことに対して、個人の尊厳を傷付けたり、あるいは自主性を壊すことになるんじゃないかという私心配しているんですけども、そのことに対して御所見を財務大臣としてあればお聞きをしたいと思えます。

○国務大臣（谷垣禎一君） 今、ここで自信を持ってお答えできるような所見があるわけではないんです。尾辻大臣と今後よく相談をして、御懸念がないような制度に仕組まれるかどうか、勉強したいと思っております。

Ⅱ-3 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。

【平成 17 年 2 月 18 日 衆・予算委】

○福島委員 (略) 今回の改革の中で、障害者の就労支援、これが体系としても大きく見直しをされるということになっております。その中で、障害者の当事者の方から御指摘があるのは、例えば福祉工場、これは雇用関係になるわけでありましてけれども、福祉工場で働いた場合にも利用料というものが、自己負担というものが求められる、これはどうなんだろうかと。働いて、そしてまたそこで決して高くはない所得を得るわけでありまして。そこに利用料の負担を求めるというのはどういうことなんだろう、逆に働くなということなのか、こういう厳しい御指摘もあるわけでありまして。

これは制度の中の公平性といいますか、そしてまた統一性、こういう考え方も当然あるわけでありましてけれども、十分な配慮がなされるべきだ、そのように思いますが、大臣の御所見をお聞きしたいと思っております。

○尾辻国務大臣 手短にお答えした方がいいと思っておりますので、もう結論の部分だけを申し上げますけれども、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と考えております。

Ⅲ-1 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。

【平成 17 年 2 月 23 日 衆・厚労委】

○福島委員 (略) まず一つは、移動支援、ガイドヘルパーでありますけれども、これについてのお尋ねであります。

今回の見直しにおきましては、この移動支援につきましては、地域生活支援事業、この中に位置づけられているわけでありまして、支援費制度がスタートいたしましてから、こうしたガイドヘルパーの利用というものが拡大をいたしておるわけでありまして、しかし、この地域生活支援事業は、厚生労働省が示しております考えでは、市町村の一般財源で行うというところに位置づけられているわけでありまして、支援費ではなく一般財源に位置づけられるということから、その給付が果たしてこの改革後に適切に確保されるのか、こういう心配があるわけでありまして、この点についての厚生労働省の御見解をお聞きいたしたいと思っております。

○西副大臣 お答え申し上げます。

委員御指摘のように、障害者の外出時の支援、いわゆるガイドヘルパーのことにつきましては、新しい制度では、個々の皆さんに対する給付ではなくて、市町村の地域生活支援事業の中に位置づけるということになっております。

これによりまして、移動介護につきましては、急な外出が必要となった、こういう場合には即時に適用できる可能性がある。また、これは個々の状況にもよりますが、複数の人たちが一緒に移動することも可能になるであろう、こういうことが考えられております。それから、外出の目的や頻度を踏まえた、地域の実情に応じた効率的な利用ができるであろう、こういうふうなことについても可能ではないかというふうにご考えております。

今回、地域生活支援事業として位置づけるに当たりまして、今までは支援費制度のもとで居宅サービスとして提供されていた、こういう経緯がございます。そして、障害者が自立した社会生活を営む上で大変重要なサービスであるということも十分認識をしております。そんなことを踏まえまして、市町村が必ず実施しなければならない義務的な事業として私どもとしては位置づけておりまして、その費用につきましても、国、都道府県が補助することができる旨の規定を置かせていただいております。今後も必要なサービスが適切に受けられるようになるものというふうにご考えております。

なお、重度の行動障害を有する皆さんについては、これは移動支援、それから身体の介護等を一緒に、パッケージとして給付を今までのサービスメニューの中で受けていただくということにつきましても、制度としてやっていきたいというふうにご考えております。

Ⅲ－２ 身体障害者のグループホームを認めるべきではないか。

【平成 17 年 2 月 25 日 衆・予算委第 5 分科会】

○宮下分科員 次に、身体障害者の皆様を取り巻く施設整備とかサポートする体制についてお伺いしたいと思います。

今、特に身体障害者の皆様なんですけれども、介護する方が高齢になって、場合によっては介護している方が亡くなられてしまったり、障害者自身で何とか生き抜いていかなければいけない、そういった状況もふえてきております。

ところが、身体障害者のグループホームというのは現在認められておりません。これはやはり身体障害者の皆さんからも、ぜひ私たちにもグループホームをつくって国としてサポートしてほしいという要望がございますので、それを一点申し上げます。(略)

○塩田政府参考人 まず、一点目の身体障害者の方々のグループホームについてお答えをしたいと思います。

今度の障害者自立支援法案におきましては、障害の種別を問わないという形で在宅のさまざまなサービスの再編を行うことになっております。今度の法律では、比較的軽度の方を対象としたグループホーム、それから、介護が必要な重度の障害者を対象にしたケアホームという二つのジャンルを設けることになっております。法制度上は、身体障害者についてもグループホームの対象になるということであり
ますけれども、身体障害者の方々自身からグループホームについては二つの意見が
ありまして、先ほど先生の御指摘にあったように、自立するための住まいの確保と
いう観点からグループホームが必要だという方々と、一方で、プライバシーの問題
とか生活の縛りができるので好ましくないという意見の方もおられる。さまざまな
御意見がありますけれども、国会で成立した場合のことではありますけれども、新
しい制度、法律もできることでもありますし、関係者の意見を聞いて、身体障害者
の方へのグループホームが必要かどうか、どういうものが考えられるかについて検討
して答えを出したいと思っております。(略)

Ⅲ－３ 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。

【平成 17 年 3 月 4 日 参・予算委】

○木庭健太郎君 今、副大臣から御答弁がありました。今回のこの国会の中で予算関連法案として障害者の自立支援法というのを提出していただいております。これでかなり障害者の自立へ向けていろんな制度が変わっていくと思いますが、この法案において、この小規模作業所、この位置付け、機能はどのように変わっていくのか、しっかりと制度化されていくのかということについて、簡潔で結構でございます、御答弁をいただきます。

○副大臣（西博義君） お答え申し上げます。

小規模作業所、全国に約六千というたくさんの作業所が活動しておりまして、それぞれ大変大きな役割を果たしていただいております。

今回、その小規模作業所についてどういう役割かという御質問でございますが、より障害者本人の支援につながるように、この小規模作業所又は授産施設等がございますが、この機能に着目して再編をさせていただいて新たな役割を負っていただきたいと、こう考えております。

今回のこの支援法の体系においては、一つは将来的に企業の雇用につながるようなそういう支援をしていただく役割、それから作業所内で働いて、就労していただくためのそういう機能、それから重度の障害者の皆さんもいらっしゃいますが、その皆さんに対しては創作的活動などの機会の提供と、こういうことを考えて、それぞれの役割を障害種別を問わず負っていただくと、こういうことにさせていただきたいと考えております。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、こういうふうに考えております。

なお、先ほど申し上げました、この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きましても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頑張りたい、こう考えております。

Ⅲ—4 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。

【平成17年3月4日 参・予算委】

○木庭健太郎君 大臣、一つだけちょっと確認しておきたいのが、この障害者自立支援法、成立しましたら、中核になっていくのは地域活動支援センターですね。ここへいろんなものが移行していきます。

ところが、この分野の予算というのが、いわゆる国や都道府県の財政責任が明確な義務的経費じゃなくて、これ裁量的経費ということになっているんですよね。そういう意味で関係者が一番心配しているのは、本当に、それはいいよと、でもお金確保できるのというところを一番心配しているようでございますし、これについてどうされるのか、お答えをいただいております。

○国務大臣（尾辻秀久君） それでは、地域生活支援事業の中の事業として地域活動支援センターを位置付け、平成十八年十月より実施したいと考えておる、これは今お述べになったとおりでございます。

そこで、その地域活動支援センターの重要性にかんがみまして、これ大変重要な役割を果たしてもらわなければならないから、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おります。

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も、これ十八年度予算の話ですから更に先の話なんですが、必要な予算の確保に最大限努力をしたいと考えております。

Ⅲ－５ 障害者自立支援法案により、ヘルパーの派遣時間に１日４時間という制限が設けられたり、市町村が必要な予算を確保しなくなったりするのではないかという不安を聞いているが、政府の見解如何。

【平成 17 年 3 月 11 日 参・本会議】

○高橋千秋君（略）先日、私がこの質問に立つということを知った地元の身体障害者の方からメールをいただきました。彼は重度の障害者で、長時間のヘルパーによる介助を受け生活をしています。メールを打つにも大変な思いをして送ってくれました。

彼の不安は、これから審議されると言われております障害者自立支援法案がそのまま成立してしまうと、ヘルパーの派遣時間に一日四時間という制限が設けられ、今受けている介護を維持しようと思えば、市町村が単独で予算を確保しなければならなくなってしまうということでもあります。

彼自身は、ボランティアに頼らず、公的ヘルプのみの生活を実現させようと頑張っていますが、三位一体改革の中ではこのような弱い立場の人たちがまずしわ寄せを受けることになってしまいます。

この障害者自立支援法案の見込みと、これらの本当に困っている人たちの助けてほしいという心の叫びにどうかたえるのか、厚生労働大臣の御見解を伺いたいと思います。（略）

○国務大臣（尾辻秀久君） 障害者自立支援法案は、制度が抱える課題に対応し、支援の必要な障害者が必要度に応じてサービスを受けられる体制を整備するものでございまして、先生御懸念のように、一律にホームヘルプの時間を限定するものではございません。

また、市町村への財政支援につきましては、これまで補助金になっておりました在宅サービスに係る費用について、負担金に改めて国の財政責任を強化するものでございます。

今回の法案により、障害者の地域での自立支援を更に進め、障害のある人もない人も安心して暮らせる自立と共生の地域社会づくりに取り組んでまいります。（拍手）

IV-1 精神通院公費負担医療において、利用者の負担が上がることにより、早期に発見できず、また、治療が中断し、必要な医療が受けられず病状の悪化につながるのではないか。

【平成17年2月23日 衆・厚労委】

○福島委員 (略) 二点目は、自立支援医療についてであります。

従来の更生医療でありますとか育成医療でありますとか、そうした公費によって担われていた医療を、大きく自立支援医療ということで制度の見直しを行うものであります。従来の負担から変わりました、負担水準が引き上げられるということが起こるわけであります。

そしてまた、精神医療の精神通院公費制度につきましては、定率負担の見直しが行われますけれども、一方では、それぞれの、例えば都道府県単位でこうした自己負担分についてそれを補助するという仕組みもありますので、実質的には単に定率負担の引き上げということにとどまらない変化が生じるというふうにも言われているわけであります。こうしたことから、治療の中断につながるのではないか、こういう懸念が、障害者の当事者団体のみならず、地方自治体からも寄せられているところであります。

こうした地方自治体の行っている単独事業も存在するという事も踏まえ、適切な負担水準の設定ということがまずは必要であるというふうに思います。この点についての御見解をお聞きしたいということがまず第一点であります。

そしてまた、この自立支援医療の対象者につきましては、幾つかの分類が行われるわけであります。この中で、重度かつ継続という範囲に含まれる疾病については、現在の厚生労働省の御説明では、精神医療に関しては統合失調症、躁うつ病、そしてまた難治てんかんの三疾病がこの中に含まれているわけでもありますけれども、これについても、現場のさまざまな御意見から、よりその対象というものは拡大をされるべきではないか、当然、この重度かつ継続の対象になっていような状態がほかの疾病であったとしても存在するのではないか、こういう御指摘もあるわけあります。

この点については範囲の見直しを二年以内に行うという方向も示されておりますけれども、この点につきましても厚生労働省のお考えをお聞きいたしたいと思えます。

○西副大臣 お答え申し上げます。

精神の通院の公費関係でございますが、毎年の利用者の増加によりまして、その費用が急増しております。そして、現在の国、地方の財政状況の中で、正直申し上げまして、現行制度を維持するということは非常に厳しい状況でございます。

一方では、必要な医療を確保しつつ、持続可能な制度というふうにしななければならないということもございまして、更生医療等とあわせて、費用を皆で負担し合う、

また支え合う、こういう仕組みに見直していき、そして、その結果、障害者自立支援法ということで、自立支援の医療として位置づけをさせていただくということになっております。

具体的に申し上げますと、今回の改正では、自立支援医療の対象者につきましては、一部の比較的高額の所得のある方を除き、現在の制度を変更するものではないです。それから、医療費の額と所得に着目した公平な利用者負担の仕組みを基本にまいります。特に、低所得者と、重度かつ継続的に医療費負担が生じる者、この項目の中に給付の重点化を図るとともに、無理のない負担水準となるように、所得に応じ毎月の負担上限を設けさせていただくということにつきましても配慮をさせていただきます。

なお、重度かつ継続の範囲につきましては、先ほどお話がございました、当面、精神の面につきましては、統合失調症、それから狭義の躁うつ病、それから難治性てんかん、この三疾患を対象とすることとしておりますが、重度で継続的に医療費が発生する代表例としては、今この三疾患が、この一つ一つのレベルも、疾患の重度か軽度かという問題もございまして、これでは広過ぎるのではないかという意見も一方ではございますし、これでは余りにも範囲が狭過ぎるのではないか、もっと疾病の数もふやさないという、双方の御意見があるというふうに承知をしております。

そういうことでございますので、今後、実証的な研究結果を踏まえて、対象を早急に明確化していきたい。その期限をおおむね二年ということで考えておりました、はっきりした段階で随時実施をしていきたい、このように考えているところでございます。

○福島委員 しっかりと取り組んでいただきたいと思います

IV-2 負担増により受診抑制や精神症状の悪化を招かないよう、精神通院公費負担医療についても、負担上限を定める際の所得の範囲は個人の所得とすべきではないか。

【平成17年3月15日 参・厚労委】

○西島英利君 特に、今まで精神保健福祉法三十二条にごさいました公費負担医療、これが今回この障害者自立支援法の中へ移ってまいりまして、その中で、今まで自己負担五%だったのが一〇%になるということになりました。数字的に見ますとたったの五%と思われるかもしれませんが、本人にとってみたらこれは倍になることにもなります。そもそも、受診を促進させるという観点からこの精神保健福祉法には規定として置かれたところでございまして、

また、障害者の方々の特質として、一つには病識がないという部分がございます。さらには、兄弟の方々が見ておられるという点も非常に多いわけでごさいまして、もう一つは、この病気に対する家族の理解がまだ十分ではないということもございまして、

以上の点から、この負担の大きさ、これが受診の抑制につながる可能性もあるわけでごさいまして。私も精神科医でございまして、治療を中断をすれば精神症状というのはこれ確実に悪化をいたします。したがって、三十二条の自己負担の所得の範囲、これは是非個人の所得にすべきと考えますけれども、この点、現時点での考え方があれば教えていただきたいと思っております。

○政府参考人（塩田幸雄君） 精神通院公費は現在は五%負担でありますので、一律五%でありますので、ある意味では低所得者にとっては負担が重くなるケースもあるということでごさいまして。今回のやつは、五%から一〇%ということになりますが、きめ細かな低所得者対策を併せて講じるということでごさいまして、

若干細かいデータになりますけれども、精神通院公費では九割以上の方が月額三万円以下でありますので、今回の負担増では、三万円としますと、現在千五百円の月額負担が三万円になるということでごさいまして。そういう意味で、決して小さいとは言えないかもしれませんが、負担額に及ぼす影響は無理のない御負担ではないかと考えているところでございまして。

また、統合失調症などでかなり高額の治療が掛かる方がいらっしゃいます。今回は低所得者対策を行いますので、かえって現行よりも負担減になる方もいらっしゃるということでありまして、今度の改正で必要な医療が受けられなくなるというようなことはないのではないかと考えているところでございまして。

いずれにいたしましても、世帯の収入を認定する際の扶養義務者、親御さんでありますとか兄弟の、いった取扱いにつきましては、先生の御指摘も踏まえて、関係者の意見も聞きながら考えていきたいと思っております。

○西島英利君 先ほど精神障害者の方々の特質と、つまりほかとはちょっと違うというようなお話もさせていただきました。是非このことも理解していただいて、是非大臣、前向きに御検討をいただければというふうに思いますが、一言何かございましたらよろしくお願いします。

○国務大臣(尾辻秀久君) 負担は本人というのは原則として決めております。ただ、低所得者対策を取るためにその定義をどうするかというところで今のお話が出ておりますけれども、これはもう、先ほど申し上げましたように、この議論を始めるといろんな議論があるんですけれども、基本をそういうふうに定めておるわけでありますから、よく御議論、皆さんの御意見、今の先生の御意見も承りましたし、そうした御意見を承りながら私ども最後の判断をしたいと思っております。

○西島英利君 是非前向きな御検討をお願い申し上げたいと思います。

V-1 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。

【平成17年2月23日 衆・厚労委】

○福島委員 (略)そしてまた、今回のこの障害者自立支援法は、従来の身体、そしてまた知的、精神と、児童も入りますけれども、そうした諸法を束ねる、こういう性格があるわけでありまして。昨年の臨時国会におきましては、発達障害者支援法というものが成立をいたしました。従来の法体系、障害者の法体系の谷間に置かれていた障害者の方々に対しても支援の手を差し伸べようということが発端であったわけでありまして。

今回の自立支援法というのは、ある意味で、既存の法律を前提として、その対象となる方、これを対象とするという考え方になっているわけでありまして、こうした谷間に置かれる障害者の方々の存在ということを考えますと、発達障害の点も含め、より包括的な制度へと将来的には転換をしていく、見直しをしていく、こういうことが要請をされているのではないかというふうに思っております。この点についての厚生労働省の御見解をお聞きいたしたいと思っております。

○尾辻国務大臣 議員御指摘のように、支援の必要な方がきちんとサービスを受けられる、利用できるようにしていくということが、これがもう一番重要なことだと思います。

今般、国会に提出いたしました障害者自立支援法案により、身体障害、知的障害、精神障害といった障害の種別にかかわらず、一元的に自立支援のためのサービスを提供する仕組みを構築することとしておりまして、とりわけ対策の今までおくれまいりました精神障害者の福祉が進むものと考えております。

今回の障害者自立支援法案は、御指摘にもございました普遍的な法律への大きな一歩となるものでございまして、今後とも、支援を必要とする人たちがきちんとサービスを利用できる仕組みについて、幅広く検討をしてまいります。

V-2 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。

【平成17年2月23日 衆・厚労委】

○福島委員 (略)そして、次に、所得保障の話であります。

昨年の臨時国会におきましては、特定障害者に対する給付法が成立をいたしまして、無年金障害者の問題について一定の前進を勝ち取ることができたというふうに思っております。障害年金の水準の問題等々もあります。この所得保障について今後どうしていくんだということが、当事者団体からもさまざまに声が寄せられているところであります。昨年の給付法につきましても、今後の検討課題ということも含まれております。こうした点について、厚生労働省としての見解をお聞きしたいと思っております。

○西副大臣 お答え申し上げます。

委員御指摘のように、障害者の皆さんの所得保障、これは、障害者の地域における自立ということを考えて上で、大変重要な問題だというふうに考えております。おかげさまで、昨年秋の臨時国会において、特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律を成立させていただいたことは、今後の障害者の所得保障について大きな前進であったというふうに考えております。

年金制度、それから各種手当などについては、現在の国の財政状況を考えると大変難しい面もありまして、大きく一挙に改善を図るということは大変困難な道であるということを言わざるを得ない面もありますけれども、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これから取り組ませていただくということによりまして、その適性に応じて障害者が働けるようになっていただく、このことを一つの重要な柱として、今後、障害者施策に取り組んでまいりたいと思っております。

V-3 介護保険法の附則において、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。

【平成17年2月23日 衆・厚労委】

○園田（康）委員 （略）ちょっと時間がなくなってまいりましたので、幾つかあと質問を用意しておりましたけれども、障害者施策についての最後の質問という形で大臣にもちょっとぜひお願いをしておきたいんですけども、先ほど話がありました介護保険との関係で、附則の第二条で、いわば二十一年度を目途として所要の措置を講じると。当然、この中には検討措置として障害者も入っているというふうに先ほど明確に御答弁をいただいたわけですが、ただ、検討に入っているというだけでは、まだ私自身は不安が残っているわけなんです。

つまり、検討した結果、やはりだめでしたということも今までの例からするとあり得る話でありまして、検討ではなくて、ぜひ大臣、やはりここはもう一步踏み込んでいただいて、二十一年度を目途に必ず被用者保険の拡大を行っていくんだ、そして、給付を受けられる方の年齢拡大も行っていくんだということをぜひちょっと最後に明言をいただけないか、お願いをしたいと思います。

○尾辻国務大臣 先ほどお答え申し上げましたとおりに、今回の検討条項につきましては、障害者の介護を介護保険の対象とするものの検討を含むと考えておりますと申し上げました。

今、法律でお願いをしております私の立場から申し上げますと、含むものと考えておりますと申し上げるところまででございますけれども、今先ほど申し上げた負担の話だとか、これもここでの、委員会での御議論を踏まえて私どもは答えを出していきたい、先ほどお答え申し上げたとおりでありまして、そのとおり考えておりますし、こうしたこともぜひこの委員会での御議論を賜りますようお願いを申し上げます。

○園田（康）委員 私は今三十七歳、ことし八歳になるわけですけども、ぜひ私も介護保険料を払いたいんです。払わせてください。したがって、年齢拡大を一刻も早く、こういう民主党の考え方もあるわけですから、ぜひ与党の皆さんも一緒にこの拡大に向けて、やはりこれは社会保障制度全体の、一体の改革という形で進めていくものであるというふうに私は考えておりますので、強くお願いをしておきたいと思っております。（略）

V-4 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。

【平成 17 年 02 月 18 日衆・予算委】

○福島委員 (略) 自立支援給付についての支給決定手続の話であります。

これも支援費制度でも、重度の障害者の方、そのサービスの保障というものをどうするんだということが大変問題になりました。脊髄損傷による全身麻痺など重度の障害者の場合、施設から地域に移行して生活するためには、二十四時間の介護などのような手厚いサービスが必要であります。今回、この新しい制度では障害給付審査会というものが設けられ、そこでチェックを受けるということになるわけであり、これについて、こうした重度の方々に対してのサービスが制約を受けることになるのではないかと、こういう懸念があるわけであり、

この点について、そうではないということについて、大臣の御見解を手短によりしくお願いいたします。

○尾辻国務大臣 支給決定の客観化だとか透明化を図る必要があるということで、かねて御指摘でございますから審査会を設置することにいたしました。御懸念のようなことはないようにちゃんといたします。

○福島委員 どうもありがとうございました。

3月18日全国会議で提出された質問事項（制度改革関係）について

（注）3月18日の全国会議にて地方自治体から提出された主な質問事項（制度改革関係）について、現段階の考え方を整理してまとめたもの。

分類	質問の内容	現段階の考え方
公費負担医療	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地方自治体としては施行は年度替わりで、かつ同時期に施行することが望ましいが、なぜ公費負担医療の見直しについては17年10月からで、新支給決定手続きは18年1月からなのか、理由を教えてください。 ○ 自立支援医療には、大都市特例の規定は設けられないのか。事務全般について整理してほしい。なお、3月18日の課長会議資料では「都道府県」が指定を行うとされているが、大都市特例はないのか。現行の更生医療では中核市は別に審査事務を行っているが、中核市分も県が行わなければならないのか。 ○ 「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」とは具体的にどんな場合に、どのような措置をとるのか。 ○ 旧制度による支給認定を受けている者で、平成17年10月1日を超えた有効期限の者については、所得の再認定はいつ行うのか。17年6月なのか、10月なのか、それとも分散された申請期間なのか。 ○ 精神通院公費負担について、所得の確認作業はいつ頃からどのような方法で行えば良いのか、ご教示願いたい。 ○ 生活保護世帯へは生保からではなく、医療費の公費負担で行うのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 障害者自立支援法案の内容は、現行制度の大きな改正であり、その施行には準備作業を要する一方で、制度を安定的なものとするため、実施が可能なものから極力早期に施行することが求められていることから、施行時期を段階的に設定している。 ○ 事務の実施主体については、基本的に現行どおりであるが、新たに設けられる精神通院医療機関の指定事務の実施主体については、関係機関の意見も踏まえ、次回課長会議を目途にお示ししたい。 ○ （別紙）を参照願いたい。 ○ 前年所得が判明する17年7月以降、10月までに確認することが基本となると考えているが、具体的な時期については、分散か一括かも含め各実施主体の判断で設定して頂いて差し支えない。 ○ 現行の精神通院医療を受けている方についても、更生医療、育成医療を受けている方と同様に、17年10月までにみなし支給認定の手続きをしていただく必要がある。したがって、申請期間を分散させることなどにより、事務を効率的に処理し、確実に実施していただきたい。 支給認定の具体的な実施方法については、現行制度と同様、市町村が申請窓口となり、都道府県及び指定都市が支給認定することとなる。 ○ 貴見のとおり。

分類	質問の内容	現段階の考え方
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自立支援医療の「重度かつ継続」の要件の一つである「医療保険の多数該当」の確認の方法はどのように考えているのか。また「重度かつ継続」の範囲の対象となる者の具体的な範囲を教えてください。医師の診断書の診断名で判断すれば良いのか。 ○ 精神通院公費における薬局の指定も行う必要があるのか。 ○ 院外処方薬の患者票は主となる医療機関の患者票があれば不要と思うが、必要なのか。 ○ 院内処方と院外処方では更生医療費の公費負担に違いが生ずることとなっているが、新法では何か対応を想定しているか。 ○ 新制度で認定を受けた者が、認定期間中に生活保護の受給開始となった場合、自己負担額の認定は変更することとなるのか、または同様に廃止となった時はどうなるのか。 ○ 市町村での所得状況の確認に当たって、本人に資料提出を求めるのではなく、本人同意のうえ職権で課税状況を確認する方法でも良いか。(現在の更生医療ではそのように運用している。) ○ 精神通院公費利用者の有効期間について17年10月時点において1年以上残存している者は、現利用期間のままにはできないのか。 ○ 患者票に家族や家族の住所は記載不要ではないか。 ○ 当県では、現在、保険変更の届出がない場合は公費適用不可としているが、この判断でよいのか。適用してもよいのであれば、保険変更の届出は不要と考えるがどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 多数該当の詳細な手続きについては、現在関係機関と調整しているところであり、また、「重度かつ継続」の範囲、判定方法等については、医師の診断名をもとに判断することになるが、いずれについても、次回課長会議を目途にお示ししたい。 ○ 医療機関と同様に、薬局についても指定する必要がある。(法案第59条第2項) ○ 医療機関と薬局をともに1枚の受給者証に記載する。(法案第54条第3項) ○ 院内処方と院外処方のいずれの場合であっても公費負担の違いは生じない。 ○ ご指摘のような場合には、受給者が変更の届出をする取扱いとする方向で検討中である。 ○ 患者本人及び保護者等からの申請(資料提出)を原則とするが、ご指摘のような方法も差し支えないものとする。 ○ 新制度においては、有効期間は原則として1年以内であり、現行制度において認められている利用期間の残存期間についても、みなし支給認定において1年までの範囲内で省令に規定する期間内に限り新制度に承継される。また、みなし支給認定期間後に、再認定するかどうかについては、別途判断することとなる。 ○ 新制度の様式では、家族やその住所の記載欄を設けることは考えていない。 ○ 保険変更の届出をしないために、直ちに保険適用の効力が失われるものではないため、公費負担医療の適用に当たっても、保険変更の届出がないという理由で公費負担医療を適用しないことは妥当ではないと考える。保険変更の届出は、求める方向で検討中である。

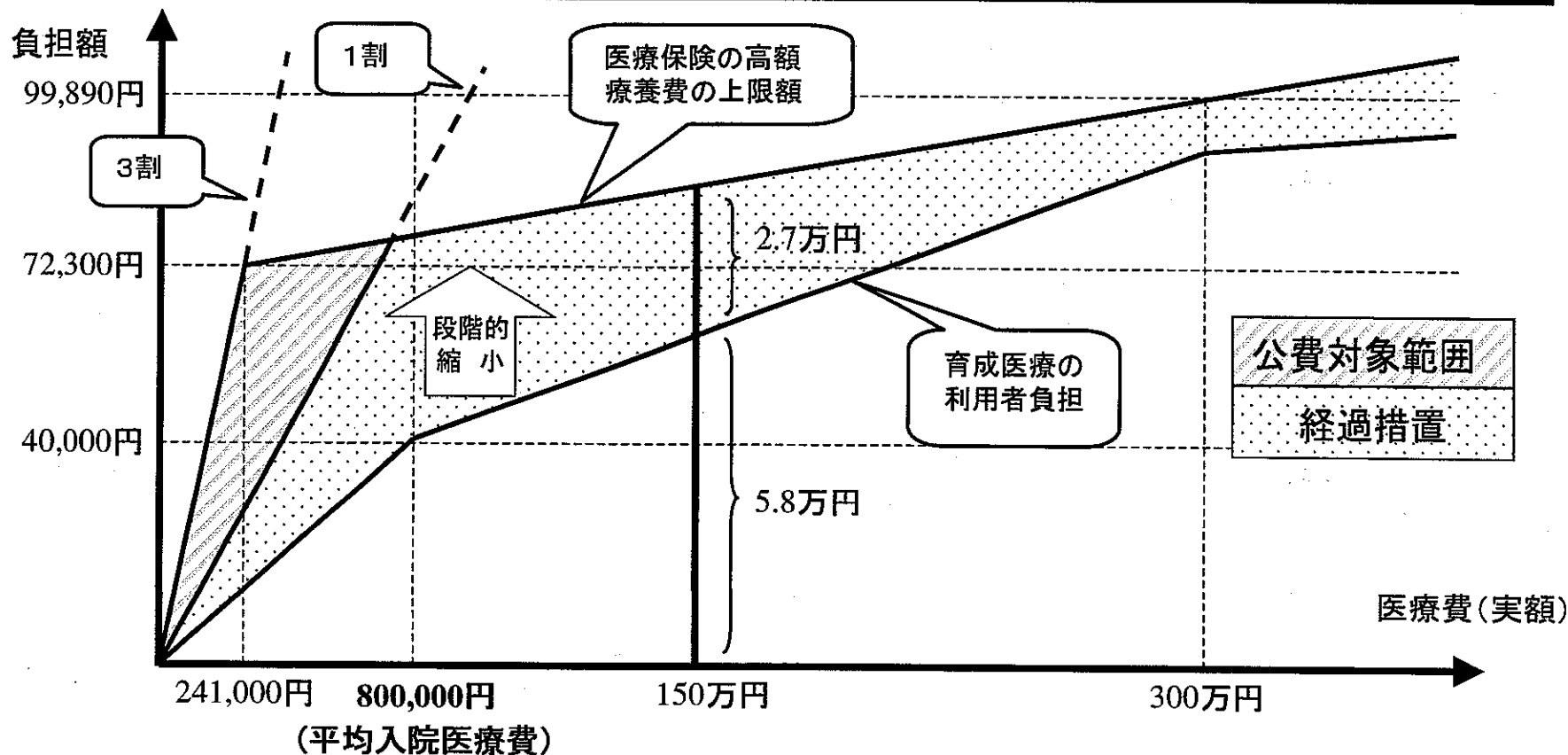
分類	質問の内容	現段階の考え方
支給決定等	<p>○ 本年7月の所得の見直しについては行わなくてよいとのことだが、受給者証の更新をする必要が生じた場合や新規申請があった場合についても、前々年の所得の状況で決定して良いか。</p> <p>○ 市町村審査会について複数作る必要はあるのか。構成メンバーの職種について具体的に示してほしい。構成人数はどのくらいが妥当か。</p> <p>○ 障害程度区分認定調査委員研修は、何人くらいの研修を予定しているのか。希望者が多ければ、何回でも開催してよいのか。</p> <p>○ 障害程度区分認定調査員等研修事業について研修実施時期が準備期間を含め短いため、マニュアルの確定等の時期について教えていただけないか。</p> <p>○ 認定調査員、市町村審査会委員研修については、介護保険制度創設時のように、全国レベルでの研修を受けた人が講師となり、都道府県で研修を行うのか。また、中核市は実施主体となりえないのか。</p>	<p>○ 所得の見直しについては、基本的に市町村の判断により行うものであるが、制度改正により、平成18年1月までに必ず利用者負担の見直しを行う必要があるため、市町村の事務負担の軽減等の観点から、平成17年度については平成18年1月に1回見直すことでもよいこととしている。</p> <p>従って、受給者証の更新の必要が生じた場合には、市町村の判断により、前々年の所得の状況によることとして差し支えない。新規申請については、申請時点で把握することのできる最新の年の所得の状況により決定されたい。</p> <p>○ 審査会の構成委員は、障害者等の保健又は福祉に関する学識経験を有する者を委員とすることとしており、現時点において特定の職種を想定しているわけではないが、身体障害、知的障害、精神障害の3障害について審査することになることから、審査会は、これらの3障害について知見を有する者によってバランスよく構成されていることが望ましいと考えている。</p> <p>市町村審査会の構成人数については、今後検討していく予定であるが、試行事業においては基本的には5名とし、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3人以上であればよいこととしている。</p> <p>なお、市町村審査会は一市町村につき一つ設置することとし、当該審査会の中に複数の合議体を設置するかどうかについては、市町村の事情により判断されるべきものと考えている。</p> <p>今年度の障害程度区分認定調査委員研修のあり方については、秋頃を目途にお示ししたいと考えている。</p> <p>○ 障害程度区分認定調査員等研修については、まず、国において当該研修を行う講師の研修を行い、次に、国の研修を受けた者が各都道府県ないしは指定都市において障害程度区分認定調査員等研修を実施することを考えている。</p> <p>また、障害程度区分認定調査員等研修については、原則として都道府県（指定都市は任意とする。）が実施主体となることを想定しており、中核市がその実施主体となることは考えていない。</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
利用者負担	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高額サービス費は償還払いが原則となっているが、事業者の了解が得られた場合には、世帯単位での上限管理票により、償還払いをしない方法も可能かどうか。 ○ 障害児施設の過剰児の利用者負担は、児と同様ということであるが、重度心身障害児施設の年齢超過児の取扱いはどのようになるのか。 ○ 利用者負担の上限額管理票について、チェック対象者が膨大になると事務量も増大するため、市町村の手作業での対応は困難でありシステム化が必要。ついては、国保連のチェックシステムに上限管理を導入することができないのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則は償還払いを想定しているが、世帯単位で管理が可能であれば、償還払いによる方式をとらないことも差し支えない。 ○ 医療機関である障害児施設については、福祉部分は福祉サービスに係る定率1割負担、医療部分については、医療費の一部負担及び入院時食事療養費に係る標準負担をご負担いただくこととなる。また、医療費については、公費負担医療制度（障害児施設医療）により負担を軽減することとしている。 なお、障害児施設における具体的な負担額については、18年度予算で決定することとしている。 ○ 障害者自立支援法では、支払いの事務を国保連に委託することができることとしており、平成19年10月からの完全実施に向けて今後そのシステムを検討していくこととしており、その中で利用者負担の管理の方法についても検討してまいりたい。しかし、システムの検討は、18年1月の施行までに間に合わないため、18年1月からは上限管理票等の方法により上限額管理を行っていただくことが必要である。
障害福祉計画	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「障害福祉サービスに係る利用の実態把握のための調査」と5年に1回全国的に行われる「知的障害者（児）実態調査」（17年度実施）について内容が重複している部分があるが、それぞれどのような関係があるのか。 ○ サービス利用の実態調査において、精神障害者社会復帰施設と共同作業所の調査がないがそれでよいのか。また施設整備費との関連はどうなるのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今回実施する「サービス利用の実態把握調査」は、市町村における支援費等のサービスの利用者数、利用量、支給実績を把握するものであり、障害者の生活の場の状況や就労状況、手当・年金の受給の有無等を調査する「知的障害者（児）実態調査」とは、調査目的・内容等が異なっているため、直接の関係はない。 ○ 精神障害者社会復帰施設や作業所など施設に係る調査項目（施設数、定員、在所者数）については、省内の所管課又は例年10月に実施している社会福祉施設調査による統計を使用することで代用が可能であると判断したため、今回の調査項目には入れていないものである。 また、施設整備費と今回の調査とは関係はない。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉工場の補助金は、当該福祉工場が新施設体系へ移行するまで継続するのか。福祉ホームは市町村の地域支援事業へ移行するが、平成18年10月1日からは県から市へ補助主体が変更になるのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉工場においても、他の施設と同様に18年10月から新体系への移行が開始されることになるが、移行が完了する平成24年3月31日までの間として定める経過措置期間中における予算措置の内容については、新体系への移行促進の観点を踏まえ、18年度予算要求において検討することとしている。 福祉ホームについては、お見込みのとおりであり、今まで都道府県が実施していた場合には、18年10月以降は原則として市町村の地域生活支援事業の一環として福祉ホームを実施することとなるため、補助主体も都道府県から市町村に変更されることになる。

分類	質問の内容	現段階の考え方
	<p>○ 平成18年度より施設体系の見直しを行うとなっているが、平成17年度に行う国の18年度施設整備協議は今までどおり行うのか。</p> <p>○ 障害者自立支援法の施行に伴う他の法律の改正で、社会福祉法第14条第6項（福祉事務所が所管する事務）に規定する事務に障害者自立支援法に関する事務が入っていないのはどうしてか。</p>	<p>○ 平成18年度協議については、制度改革を含め、流動的要因が大きいため、現在検討中であるが、基本的には新たな施設体系を十分踏まえたものが協議の対象になるものと考えている。</p> <p>○ 福祉事務所は、社会福祉行政の第一線機関として、主に地域の実情の把握、情報の提供、相談・指導といった業務を担っている。これらの業務は、児童福祉法第18条の2、身体障害者福祉法第9条の2、知的障害者福祉法第10条などに具体的に規定されており、社会福祉法第14条第6項は、このような福祉事務所の業務を規定している法律を列記したものである。</p> <p>障害者自立支援法案には、福祉事務所の業務に関する規定がないことから、社会福祉法第14条第6項に列記されていないが、障害者自立支援法案に基づく市町村の業務を福祉事務所に行わせることは、社会福祉法第14条第6項に規定する業務に支障のない範囲内で可能である。</p>

育成医療(若い世帯)の経過措置の概要

- 施行時に平均負担率が急上昇する育成医療の激変緩和措置として、入院医療費の計算において一定の控除制度を設ける。(食費の標準負担額は患者負担)
- この経過措置により、「重度かつ継続」以外の中間層(一時的に高額医療費の発生するもの)が給付対象となり、平均負担率は、1%台(現状) → 7~8%台(見直し案) → 5%台(経過措置)と推計。



- 当初の計算方式: 平均入院医療費の額まで
平均入院医療費の額を超え300万円までは
300万円を超える部分については
- 医療費(実額)の1/2として
医療費(実額)の1/4として
医療費(実額)の1%として それぞれ計算