

横断的事項について①（虐待防止・権利擁護、高次脳機能障害、精神障害者の地域移行関係）《論点等》

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

こども家庭庁 支援局 障害児支援課

横断的事項に係る論点

論点 1 障害者虐待防止及び身体拘束適正化の徹底について

論点 2 意思決定支援の推進について

論点 3 同性介助について

論点 4 高次脳機能障害を有する者への支援に対する評価について

論点 5 精神障害者の地域移行等について

【論点1】 障害者虐待防止及び身体拘束適正化の徹底について①

現状・課題

- 障害者に対する虐待はあってはならないものであり、障害福祉サービス事業所等における障害者虐待防止の取組の徹底を図っていく必要がある。
- 令和3年度報酬改定においては、
 - ・ 障害福祉サービス事業所等における虐待防止の取組を推進するため、全ての障害福祉サービス事業所等を対象に虐待防止措置として、①従業者への研修実施、②虐待防止委員会の設置、③虐待防止責任者の設置について、令和4年度から義務化するとともに、
 - ・ 障害者に対する身体拘束適正化を図るため、身体拘束を行う場合の必要な事項の記録の義務化に加え、①身体拘束適正化委員会の定期的開催、②指針の整備、③従業者への研修実施について、令和4年度から義務化（※）し、新たに義務化された要件についても令和5年度から「身体拘束廃止未実施減算」を適用した。
※訪問系サービスについては令和5年度から義務化
- 障害福祉サービス事業所等における障害者虐待については、平成24年度に施行した障害者虐待防止法の通報義務の浸透や障害福祉サービス等の利用者の増加等の要因が考えられるものの、依然として相談・通報件数、虐待判断件数いずれも増加傾向となっている。
- また、障害福祉サービス事業所等における取組状況について調査を行ったところ、一部の事業所において義務化された虐待防止措置や身体拘束適正化の取組が実施されていない状況が認められた。
- 加えて、障害者部会報告書において、「障害者虐待の防止については、密室化した環境の中で虐待が起きやすい状況があることから、地域の第三者の目や行政による監査など外部の目を入れる仕組みを充実するとともに、小規模事業所における障害者虐待防止の取組を推進していくことが重要である」、「義務化された虐待防止措置について徹底するなど虐待の早期発見や防止に向けた取組の強化を図っていく必要がある」等と指摘されている。

【論点1】 障害者虐待防止及び身体拘束適正化の徹底について②

検討の方向性

- 障害福祉サービス事業所等における障害者虐待防止の取組を徹底するため、令和4年度から義務化された障害者虐待防止措置を未実施の障害福祉サービス事業所等に対して、現在の身体拘束廃止未実施減算を参考として、報酬上の対応を検討してはどうか。
- また、身体拘束廃止未実施減算について、施設・居住系サービス（障害者支援施設、療養介護、障害児入所施設、グループホーム、宿泊型自立訓練）については、身体拘束適正化の徹底を図る観点から、介護保険制度の取組を参考とした減算額の見直しを検討してはどうか。
- あわせて、指定基準の解釈通知において、
 - ・虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会において、外部の第三者や専門家の活用に努めることや、
 - ・障害福祉サービス事業所等の管理者及び虐待防止責任者が、都道府県の実施する虐待防止研修を受講することが望ましいことと規定することを検討してはどうか。
また、国において、虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会における外部の第三者や専門家の活用の好事例の周知を図ることを検討してはどうか。

障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の概要

(論点1 参考資料①)

(平成23年6月17日成立、同6月24日公布、平成24年10月1日施行)

目的

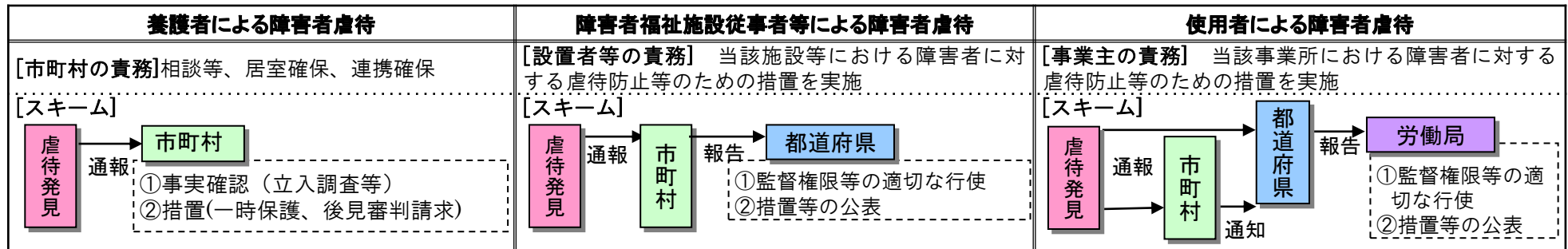
障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定義

- 「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
- 「障害者虐待」とは、①養護者による障害者虐待、②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待、③使用者による障害者虐待をいう。
- 障害者虐待の類型は、①身体的虐待、②放棄・放置、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待の5つ。

虐待防止施策

- 何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
- 「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務付けるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。



- 就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

検討

附則第2条

政府は、学校、保育所等、医療機関、官公署等における障害者に対する虐待の防止等の体制の在り方並びに障害者の安全の確認又は安全の確保を実効的に行うための方策、障害者を訪問して相談等を行う体制の充実強化その他の障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援、養護者に対する支援等のための制度について、この法律の施行後三年を目途として、児童虐待、高齢者虐待、配偶者からの暴力等の防止等に関する法制度全般の見直しの状況を踏まえ、この法律の施行状況等を勘案して検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

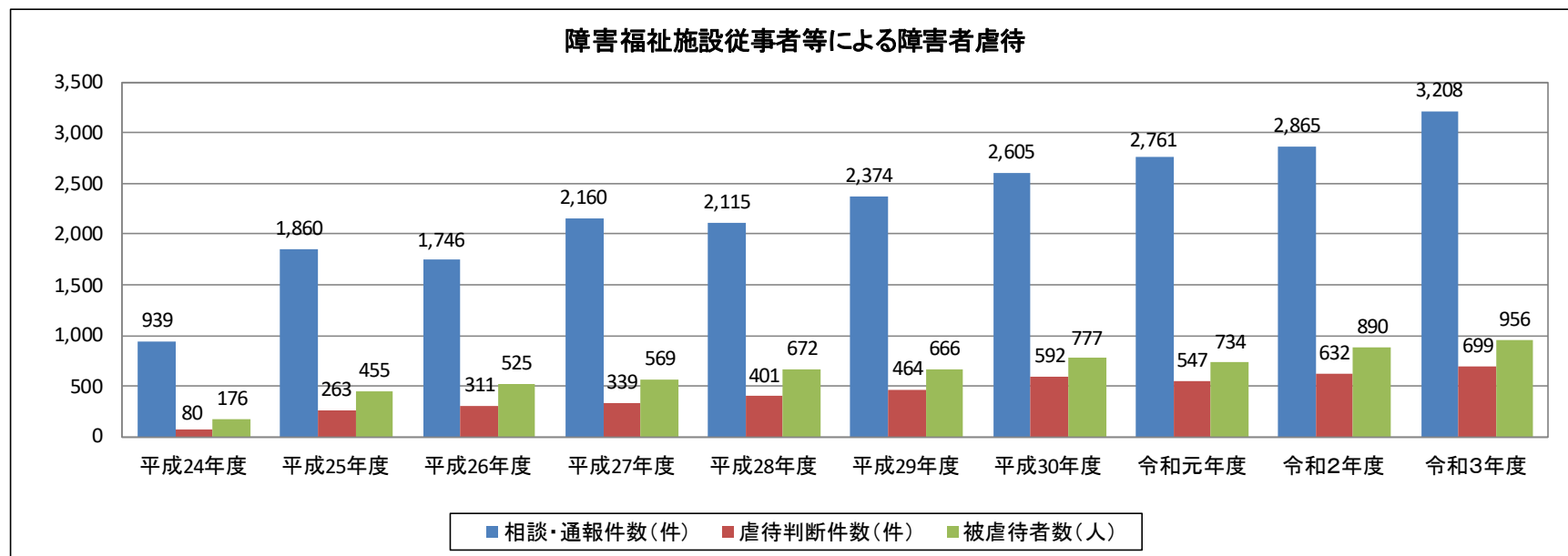
障害者虐待対応状況調査 <障害者福祉施設従事者等による障害者虐待>

(論点1 参考資料②)

- ・令和3年度の障害者福祉施設従事者等職員による障害者虐待の相談・通報件数は3,208件であり、令和2年度から増加(2,865件→3,208件)。
- ・令和3年度の虐待判断件数は699件であり、令和2年度から増加(632件→699件)。
- ・令和3年度の被虐待者数は956人。

障害福祉従事者	平成							令和		
	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度	3年度
相談・通報件数(件)	939	1,860	1,746	2,160	2,115	2,374	2,605	2,761	2,865	3,208
虐待判断件数(件)	80	263	311	339	401	464	592	547	632	699
被虐待者数*(人)	176	455	525	569	672	666	777	734	890	956

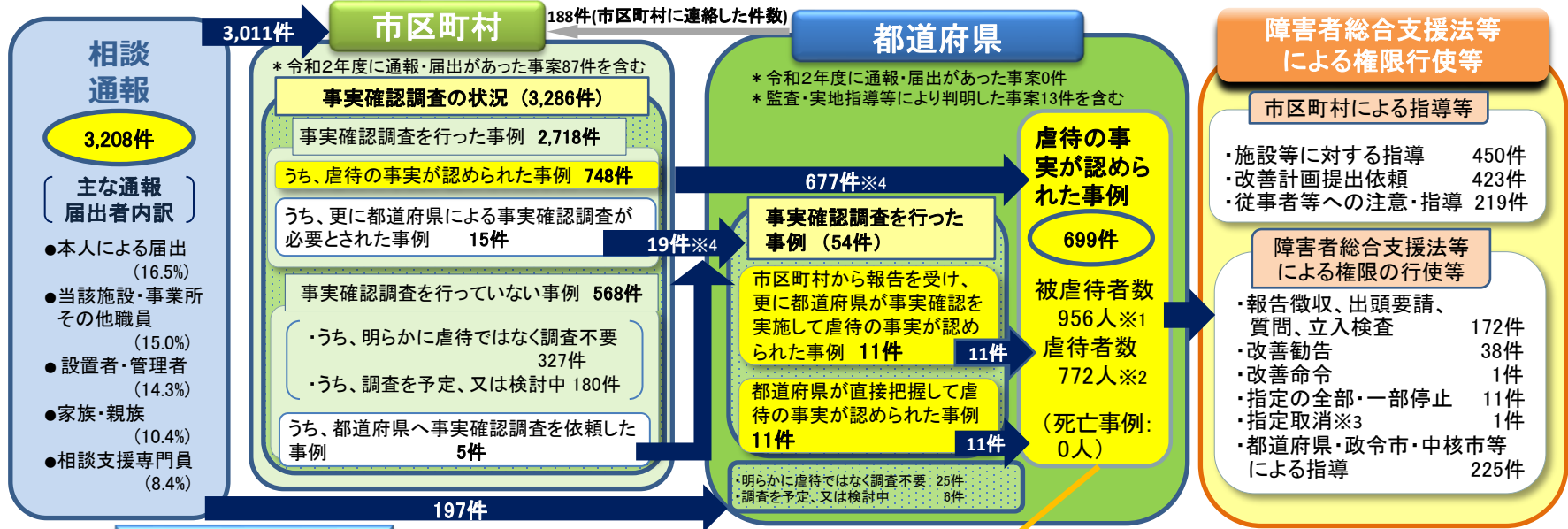
*被虐待者が特定できなかった事例を除く



* 平成24年度は下半期のみのデータ

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

(論点1 参考資料③)



虐待者(772人) ※2

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

市区町村等職員が判断した虐待の発生要因(複数回答)

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

虐待行為の類型(複数回答)

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

障害者虐待の事実が認められた施設・事業所の種別

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

被虐待者(956人) ※1

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

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

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

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

○障害者虐待防止の更なる推進のため、運営基準に以下の内容を盛り込む。

※ 令和4年度より義務化（令和3年度は努力義務）

[現 行]

- ① 従業者への**研修**実施（**努力義務**）
- ② 虐待の防止等のための**責任者**の設置（**努力義務**）

[見直し後]

- ① 従業者への**研修**実施（**義務化**）
- ② 虐待防止のための対策を検討する**委員会**として虐待防止委員会(注)を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する（**義務化（新規）**）
- ③ 虐待の防止等のための**責任者**の設置（**義務化**）

(注)虐待防止委員会に求められる役割は、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証や再発防止策の検討等

※ 小規模な事業所においても過剰な負担とならず、効果的な取組が行えるような取扱いを提示。

【例】

- ①協議会や基幹相談支援センター等が実施する研修に事業所が参加した場合も研修を実施したものとみなす。
- ②事業所単位でなく、法人単位での委員会設置も可
- ③委員会には事業所の管理者や虐待防止責任者が参加すればよく、最低人数は設けない

- 障害福祉サービス事業所等においては、虐待の発生や再発を防止するため、虐待防止委員会の設置や虐待防止責任者の配置が義務化されている。

虐待防止委員会

委員長: 管理者
委員: 虐待防止責任者(サービス管理責任者等)
看護師・事務長
利用者や家族の代表者
専門的な知見のある外部の第三者 等

虐待防止委員会の役割

- ・虐待防止のための計画づくり
- ・虐待防止のチェックとモニタリング
- ・虐待(不適切な対応事例)発生後の検証と再発防止策の検討 等

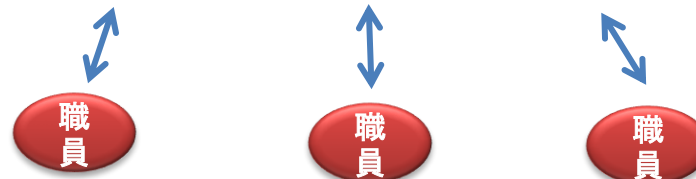
※ 事業所ごとの委員会の合同開催や法人単位での設置が可能

虐待防止責任者

(サービス管理責任者 等)

虐待防止責任者の役割

- ・各職員のチェックリストの実施
- ・倫理綱領等の浸透、研修の実施
- ・ひやり・ハット事例の報告、分析等



- 障害者虐待防止法では、「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」は身体的虐待に該当する行為と規定されている。

(参考)障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成 23 年法律第 79 号)

第二条

7 この法律において「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待」とは、障害者福祉施設従事者等が、当該障害者福祉施設に入所し、その他当該障害者福祉施設を利用する障害者又は当該障害福祉サービス事業等に係るサービスの提供を受ける障害者について行う次のいずれかに該当する行為をいう。

一 障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。

- また、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」等には、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等を行ってはならない旨規定。

※ やむを得ず身体拘束等を行う場合には、組織による決定、個別支援計画への記載、本人家族への十分な説明を行うとともに、必要な事項(その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項)を記録しなければならない。

- 障害者虐待の手引きにおいて、「緊急やむを得ない場合」については、以下の3要件をすべて満たすこととしている。

＜緊急やむを得ない場合の3要件＞

① 切迫性

利用者本人又は他の利用者等の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

② 非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと

③ 一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的であること

令和3年度報酬改定「身体拘束等の適正化の推進」

(論点1参考資料⑦)

- 身体拘束等の適正化の更なる推進のため、運営基準において施設・事業所が取り組むべき事項を追加するとともに、減算要件の追加を行う。
※療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設
- 訪問系サービスについても、知的障害者や精神障害者も対象としており、身体拘束が行われることも想定されるため、運営基準に「身体拘束等の禁止」の規定を設けるとともに、「身体拘束廃止未実施減算」を創設する。
※居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

運営基準

以下、②から④の規定を追加する（訪問系以外のサービスについては、①は既に規定済）。訪問系サービスについては、①から④を追加する。

②から④の規定は、令和3年4月から努力義務化し、令和4年4月から義務化する。なお、訪問系サービスにおいて追加する①については、令和3年4月から義務化する。

- ① 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。
- ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ③ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。

※ 虐待防止の取組で身体拘束等の適正化について取り扱う場合には、身体拘束等の適正化に取り組んでいるものとみなす。

減算の取扱い

※介護保険制度においては、施設・居住系サービスを対象に身体拘束廃止未実施減算として基本報酬の10%を減算。

運営基準の①から④を満たしていない場合に、基本報酬を減算する。（身体拘束廃止未実施減算5単位/日）

ただし、②から④については、令和5年4月から適用する。

なお、訪問系サービスについては、①から④の全てを令和5年4月からの適用とする。

令和5年度報酬改定検証調査

虐待防止対策及び身体拘束廃止の取組実施状況に関する調査（速報値、一部抜粋）（論点1参考資料⑧）

【虐待防止体制の整備状況】

○ 虐待防止委員会の設置状況 令和5年度 (%)

	全体 [n=1,558]
法人単位で設置	53.3
事業所単位で設置	40.2
未設置	5.6
無回答	0.8

○ 虐待防止責任者の配置 令和5年度 (%)

	全体 [n=1,558]
事業所・施設の管理者（施設長等）	74.1
サービス管理責任者等	14.8
上記以外の職員	7.1
未配置	1.9
無回答	2.2

送付数：3,000事業所

有効回答数：1,558事業所（nは事業所数）

有効回答率：51.9%

調査対象サービス：

居宅介護、重度訪問介護、療養介護、生活介護、施設入所支援、就労継続支援B型、共同生活援助、放課後等デイサービス

○ 虐待防止に関する研修等の実施 令和4年度実績 (%)

（複数回答）

	全体 [n=1,558]
法人・事業所内で研修等を実施	88.8
外部研修等に職員を派遣・受講	41.2
実施していない	4.5
無回答	3.0

【身体拘束等の適正化に関する体制の整備状況】

○ 身体拘束適正化委員会の設置状況 令和5年度 (%)

	全体 [n=1,558]
法人単位で設置	47.0
事業所単位で設置	38.0
未設置	13.2
無回答	1.7

○ 身体拘束適正化に関する研修等の実施 令和4年度実績 (%)

（複数回答）

	全体 [n=1,558]
法人・事業所内で研修等を実施	72.6
外部研修等に職員を派遣・受講	20.4
実施していない	17.1
無回答	7.9

○ 身体拘束適正化のための指針等の作成状況 (%)

	全体 [n=1,558]
作成している	74.5
未作成	19.7
無回答	5.8

○ 利用者に対する身体拘束を実施した事例の有無 (R5.7/25～7/31の1週間) (%)

	全体 [n=1,558]	訪問系 [n=328]	通所系 [n=695]	施設・居住系 [n=535]
ある	16.2	2.4	8.5	34.8
ない	78.4	90.2	86.6	60.4
無回答	5.4	7.3	4.9	4.9

※「緊急やむを得ない」場合かどうかの判断をふまえ、事業所で定める適正な手続きのもとで実施されたもの

○ 上記の内、身体拘束を実施した事業所（249事業所）における1事業所当たり平均人数 (人)

	全体 [n=249]	訪問系 [n=8]	通所系 [n=57]	施設・居住系 [n=184]
身体拘束を実施した実人数	12.4	1.9	3.3	15.6
うち、強度行動障害者・児	2.8	0.4	0.7	3.6
うち、重症心身障害者・児	7.2	0.6	1.1	9.3
うち、医療的ケアを要する者・児	1.9	0.6	0.5	2.4

※ 上記の平均人数については、「1週間に身体拘束を実施した実人数÷身体拘束を実施した事業所数」

障害者虐待防止対策関係予算

(論点1 参考資料⑨)

○ 障害者虐待防止対策支援事業（地域生活支援促進事業）

令和5年度予算：6.2億円

令和4年度予算：6.2億円

1. 事業目的

障害者虐待の未然防止や早期発見、迅速な対応、その後の適切な支援を行うため、地域における関係機関等の協力体制の整備や支援体制の強化を図る。

2. 事業内容

以下のような取組について、地域の実情に応じて都道府県・市町村の判断により実施する。

① 虐待時の対応のための体制整備

例：専門職員の確保、社会福祉士と弁護士による虐待対応専門職チームの活用の促進（専門性の強化）、虐待を受けた障害者の居宅訪問等、死亡等の重篤事案についての検証

② 連携協力体制の整備

例：地域における関係機関等の協力体制の整備・充実

③ 障害者虐待防止・権利擁護に関する研修の実施

例：障害福祉サービス事業所等の従事者や管理者、相談窓口職員に対する障害者虐待防止に関する研修の実施、学校、保育所等、医療機関、放課後児童クラブ等の関係者に対する研修の実施（受講対象を拡大）

④ 普及啓発

例：障害者虐待防止法における障害者虐待の通報義務等の広報その他の啓発活動の実施

3. 実施主体 都道府県及び市町村

4. 負担率 市町村実施事業：負担割合 国1/2、都道府県1/4 都道府県実施事業：負担割合 国1/2

○ 障害者虐待防止・権利擁護事業費 令和5年度予算：11,794千円

1. 事業内容

① 障害者の虐待防止や権利擁護に関して、各都道府県で指導的役割を担う者を養成するための研修の実施

② 虐待事案の未然防止のための調査研究・事例分析

2. 実施主体 国（民間団体へ委託予定）

【論点2】意思決定支援の推進について①

現状・課題

- 障害者本人の意思を尊重し、希望する暮らしを実現していくためには、障害者本人に関わる支援者が一体となって丁寧に意思決定支援を実施していくことが重要。
- 障害者の意思決定支援の推進については、
 - ・平成28年度に「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」を策定し、意思決定支援責任者の配置や意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画や個別支援計画の作成、モニタリングなどの枠組みを示すとともに、
 - ・令和2年度から、都道府県における相談支援専門員、サービス管理責任者等に対する専門コース別研修の実施
 - ・第7期障害福祉計画（令和6年度～）に係る国の基本指針において、新たに、都道府県による意思決定支援ガイドラインを活用した研修の実施について盛り込むとともに、研修の実施回数や修了者数の見込みを活動指標として設定するなど、取組を進めている。
- また、令和5年度調査研究事業において、障害福祉サービス事業所等における意思決定支援ガイドラインに関する取組状況について調査したところ、一部の事業所においては意思決定支援責任者の選任等に取り組んでいるものの、取組が十分ではない事業所が多く認められた。

【論点2】意思決定支援の推進について②

検討の方向性

(意思決定支援ガイドラインを踏まえた指定基準等の見直し)

- 相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準において、「事業者は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意思決定の支援に配慮するよう努めなければならない」旨明記することを検討してはどうか。

また、意思決定支援ガイドラインの内容を相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準や解釈通知に反映させることを検討してはどうか。

- ※ 意思決定支援ガイドラインにおいては、意思決定支援の枠組みとして、「意思決定支援責任者の選任、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直し」について示している。

- ※ サービス管理責任者は、利用者と面接してアセスメントを行い、利用者や家族の生活に対する意向、総合的な支援方針、課題、目標及び達成時期等を記載した個別支援計画の作成を行うとともに、定期的なモニタリングを実施する役割を担っており、役割が重複することから、意思決定支援ガイドラインにおいて「意思決定支援責任者」の役割を兼務することが想定されている。

(サービス担当者会議及び個別支援会議における本人参加)

- 障害者の自己決定権の尊重及び意思決定支援の推進の観点から、相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準において、相談支援専門員が開催するサービス担当者会議及びサービス管理責任者が開催する個別支援会議について、本人の心身の状況等によりやむを得ない場合を除き障害者本人の参加を原則とし、会議において本人の意向等を確認することを検討してはどうか。

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」に係る取組について

(論点2 参考資料①)

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の趣旨

- ・障害者総合支援法においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「意思決定支援」を重要な取組として位置付けている。
- ・意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とする。

意思決定支援の基本原則

- ① 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うこと。
- ② 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するように努める姿勢が求められる。
- ③ 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら意思及び選好を推定する。

これまでの取組

平成28年度	(29年3月)「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」策定
平成29年度 ～平成30年度	厚生労働科学研究において「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の理解、活用に関する研修カリキュラムを開発
令和2年度～	<ul style="list-style-type: none">・厚生労働科学研究において意思決定支援研修に関する研修カリキュラムを開発し、令和2年度から、都道府県が実施する相談支援従事者及び研修、サービス管理責任者等を対象とした専門コース別研修のメニューとして追加・令和2年度障害者総合福祉推進事業において「障害者支援施設における地域移行の実態調査及意思決定支援の取り組みのための調査研究」を実施

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要 (論点2 参考資料②)

趣旨

- 障害者総合支援法においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「意思決定支援」を重要な取組として位置付けている。
- 意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とする。

意思決定支援の定義 / 意思決定を構成する要素

《意思決定支援の定義》

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益の検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

《意思決定を構成する要素》

(1) 本人の判断能力

障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要。

(2) 意思決定支援が必要な場面

- ① 日常生活における場面(食事・衣服の選択・外出・排せつ・整容・入浴等基本的な生活習慣に関する場面)
- ② 社会生活における場面(自宅からグループホームや入所施設、一人暮らし等に住まいの場を移す等の場面)

(3) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

意思決定支援の流れ

意思決定が必要な場面 ・ サービスの選択 ・ 居住の場の選択 等

本人が自己決定できるように支援

自己決定が困難な場合

意思決定支援責任者の選任とアセスメント

相談支援専門員・サービス管理責任者兼務可

- 本人の意思決定に関する情報の把握方法、意思決定支援会議の開催準備等
- アセスメント ・ 本人の意思確認 ・ 日常生活の様子の観察 ・ 関係者からの情報収集 ・ 本人の判断能力、自己理解、心理的状況等の把握 ・ 本人の生活史等、人的・物理的環境等のアセスメント ・ 体験を通じた選択の検討 等

意思決定支援会議の開催

サービス担当者会議・個別支援会議と兼ねて開催可

本人・家族・成年後見人等・意思決定支援責任者・事業者・関係者等による情報交換や本人の意思の推定、最善の利益の判断

意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画(意思決定支援計画)の作成とサービスの提供、支援結果等の記録

支援から把握される表情や感情、行動等から読み取れる意思と選好等の記録

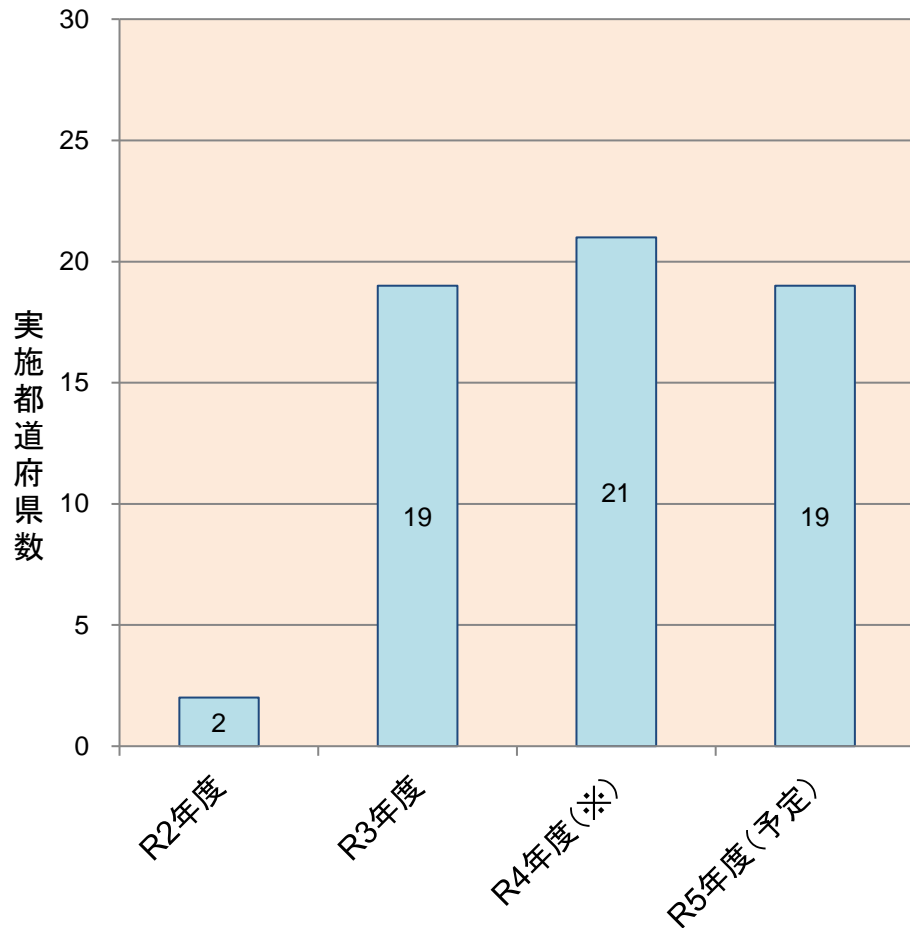
意思決定に関する記録のフィードバック

専門コース別研修（意思決定支援）実施状況の推移について（参考データ）

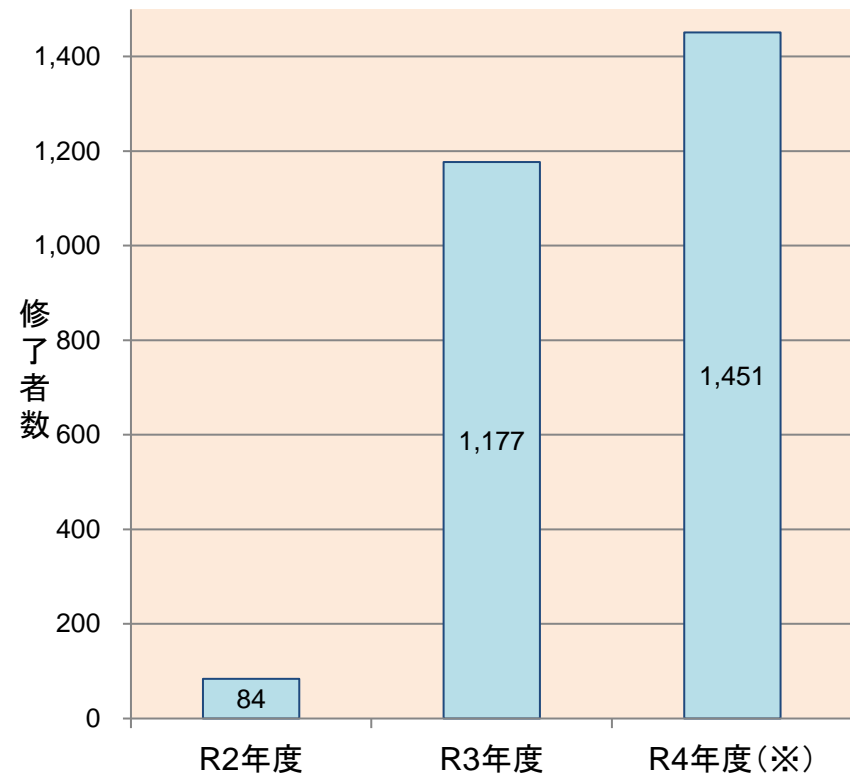
（論点2 参考資料③）

専門コース別研修（意思決定支援）実施状況の推移

専門コース別研修（意思決定支援）の実施都道府県数（経年比較）



専門コース別研修（意思決定支援）の修了者数（経年比較）



※R4の数字については速報値

障害者が希望する地域生活を送るための意思決定支援等の取組に関する調査研究（速報値、一部抜粋）

送付数：10,000事業所 有効回答数：1,857事業所（有効回答率：18.6%）

調査対象サービス：居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、自立生活援助、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援

【意思決定支援ガイドラインの活用状況】

- 意思決定支援ガイドラインの周知状況

	全体 [n=1,857]
あることも内容も知っている	38.0%
あることは知っているが、内容はよくわからない	41.9%
知らない	20.0%

- 意思決定支援ガイドラインの活用状況

	全体 [n=1,857]
積極的に活用している	10.0%
ある程度活用している	15.5%
あまり活用していないが、今後は活用を検討している	39.0%
活用していない	35.5%

【意思決定支援の実施状況】

- 意思決定支援責任者の選任状況

	全体 [n=1,857]
はい	18.3%
いいえ	81.7%

- 意思決定支援ガイドラインに基づく意思決定支援会議の開催状況

	全体 [n=1,857]
はい	32.8%
いいえ	67.2%

- （選任している場合）意思決定支援責任者の属性

	全体 [n=340]
管理者	46.5%
サービス管理責任者	44.7%
サービス提供責任者	3.2%
主任相談支援専門員	0.9%
相談支援専門員	2.6%
その他	2.1%

- （開催している場合）意思決定支援会議と一体的に実施している会議

	全体 [n=610]
サービス担当者会議	51.8%
個別支援会議	37.2%
その他個別ケースの支援に関する会議	9.5%
その他	0.8%
一体的に行われる会議はない	0.7%

- 意思決定支援計画の作成状況

	全体 [n=1,857]
基本的に作成している	18.8%
ある程度、作成している	8.5%
あまり作成していない	9.4%
作成していない	63.3%

経緯、概要

- サービス管理責任者については、平成18年に障害者自立支援法施行により、サービスの質の向上を図る観点から個別支援計画の作成と従業者への指導・助言を行うものとして位置付けられた。配置にあたっては、一定期間の実務経験及び研修(※)の修了の双方が必要。
※基礎研修+実践研修の修了が必要で、実践研修修了後は、5年毎に更新研修の修了が必要。
- 児童発達支援管理責任者については、平成24年に児童福祉法の改正により、サービス管理責任者と同様の者として位置付けられた。配置にあたっては、上記同様。

配置基準

- サービス管理責任者については、障害福祉サービス事業所ごとに以下の人数を配置
 - 療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援・・・利用者60人:1人(1名以上は常勤)
※利用者数61以上:1人に、利用者数が60人を越えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上
 - グループホーム、自立生活援助・・・利用者30人:1人
※利用者数31以上:1人に、利用者数が30人を越えて30又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上
- 児童発達支援管理責任者については、障害児通所支援事業所等ごとに1名を配置(1名以上は常勤)
- サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者については、原則職種間の兼務は不可
(グループホーム及び自立生活援助は、世話人又は生活支援員との兼務が可能)

養成状況

- 平成18年度から令和3年度までの間のサービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修修了者の合計は、283,894人(令和元年度よりカリキュラムを見直し分野を統合しており、令和元年度以降は基礎研修修了者数を算入。令和3年度基礎研修修了者:20,495人、実践研修修了者:5,235人、更新研修修了者:20,377人)。

サービス管理責任者等研修の実施状況について

(論点2 参考資料⑥)

○令和元年度よりカリキュラムを見直し分野を統合。

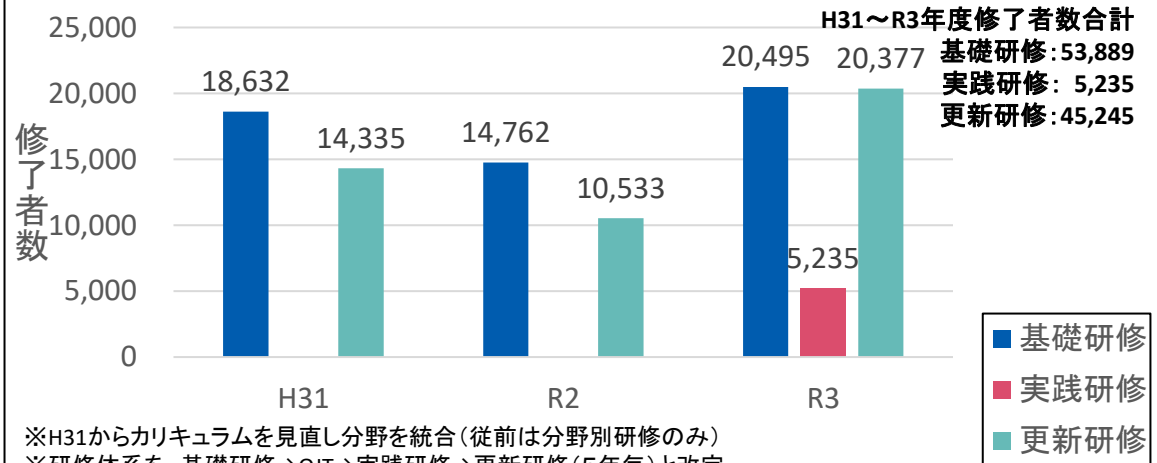
(令和3年度研修修了者)

- ・基礎研修: 20,495人
- ・実践研修: 5,235人
- ・更新研修: 20,377人。

○平成18年度から平成30年度までの間の研修修了者の合計

- ・サービス管理責任者研修: 181,091人
- ・児童発達支援管理責任者研修: 48,914人

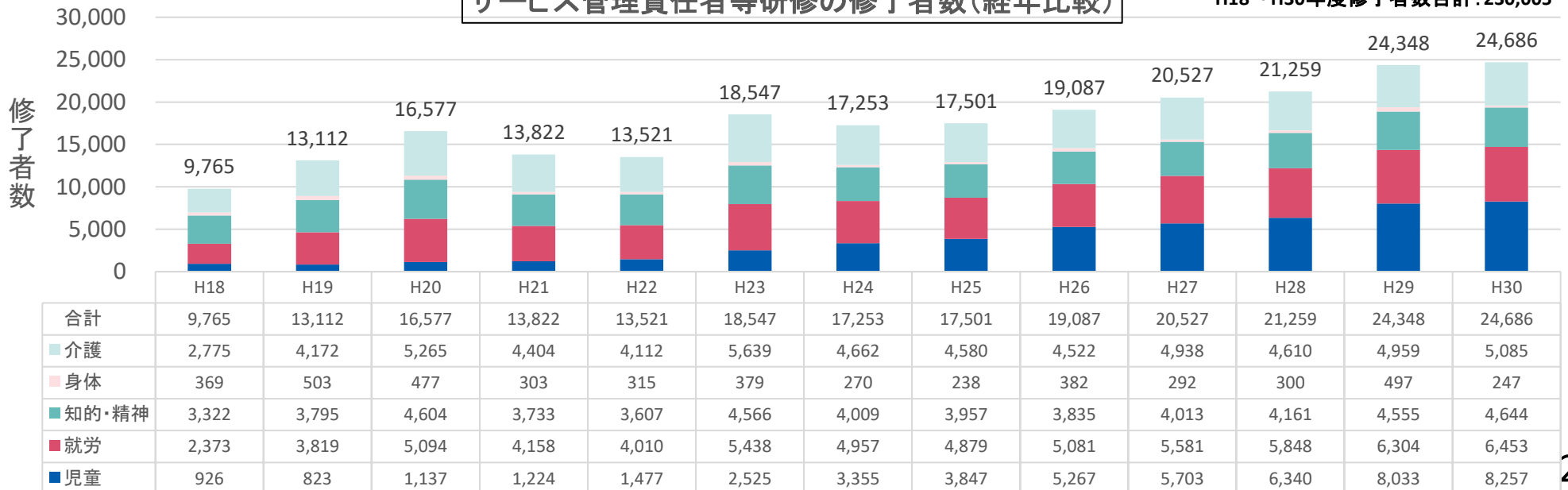
サービス管理責任者等研修の修了者数(経年比較)



※H31からカリキュラムを見直し分野を統合(従前は分野別研修のみ)
 ※研修体系を、基礎研修→OJT→実践研修→更新研修(5年毎)と改定
 ※実践研修については、R3から各都道府県において実施

サービス管理責任者等研修の修了者数(経年比較)

H18~H30年度修了者数合計: 230,005



【論点3】同性介助について

現状・課題

- 障害福祉サービス事業所等の設置者は、障害者総合支援法において、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、障害者等の人格を尊重する責務が規定されている。
また、障害者虐待防止の手引きにおいて、障害福祉サービス等の提供に当たって「本人の意思に反した異性介助を繰り返す」ことについて、心理的虐待の一つとして例示するとともに、性的虐待の防止のため、特に女性の障害者に対しては、利用者の意向を踏まえ、可能な限り同性介助ができる体制を整える旨記載している。
- 令和5年3月に閣議決定された障害者基本計画(第5次)において、新たに「障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者の意向を踏まえ、本人の意思に反した異性介助が行われないよう取組を進める」旨盛り込むとともに、第7期障害福祉計画に係る国の基本指針において、「本人の意思に反した異性介助が行われないよう、サービス管理責任者や相談支援専門員等が本人の意向を把握し、本人の意思や人格を尊重したサービス提供体制を整備すること」が盛り込まれたところである。

検討の方向性

- 排泄介助や入浴介助等を提供することが想定される各障害福祉サービス事業等（※）の指定基準の解釈通知において、「本人の意思に反する異性介助がなされないよう、サービス管理責任者等がサービス提供に関する本人の意向を把握するとともに、本人の意向を踏まえたサービス提供体制の確保に努めるべき」旨明記することを検討してはどうか。

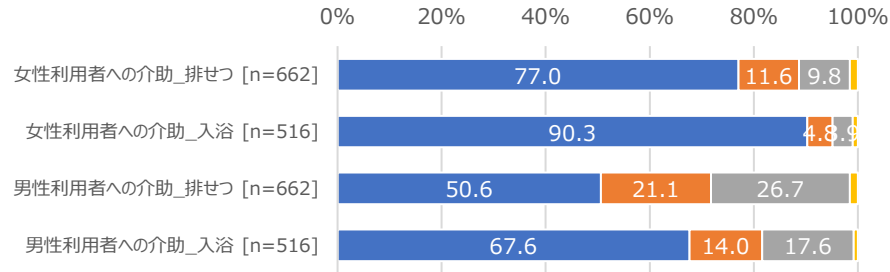
※計画相談支援、障害児相談支援、地域相談支援、自立生活援助、就労定着支援を除く全てのサービス

同性介助の状況について

(論点3 参考資料①)

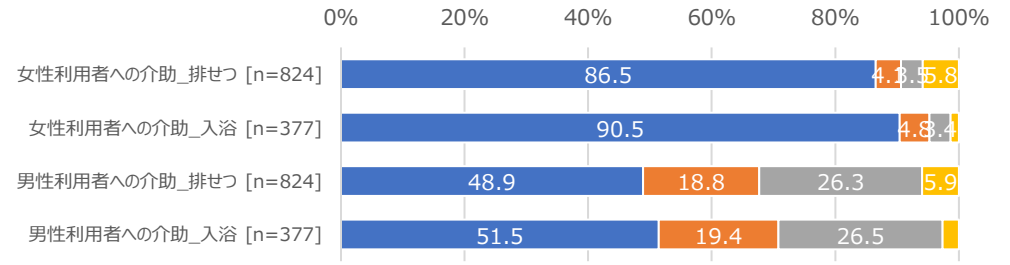
出典: 令和4年度報酬改定検証調査

障害者支援施設



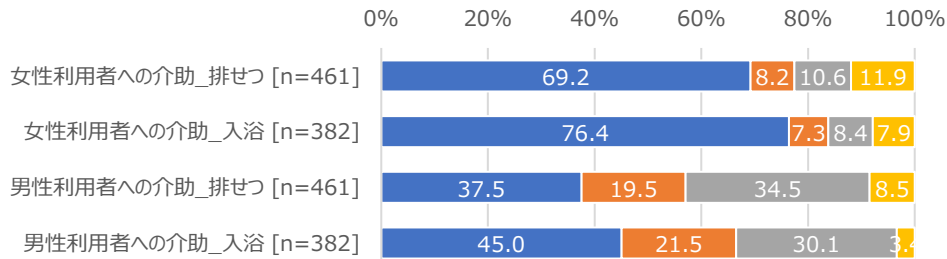
- 同性介助による介助に限定されている
- 同性介助を希望すれば介助が受けられる
- 同性介助による介助に限定されていない (同性介助を希望していても介助が受けられない場合がある)
- 無回答

生活介護



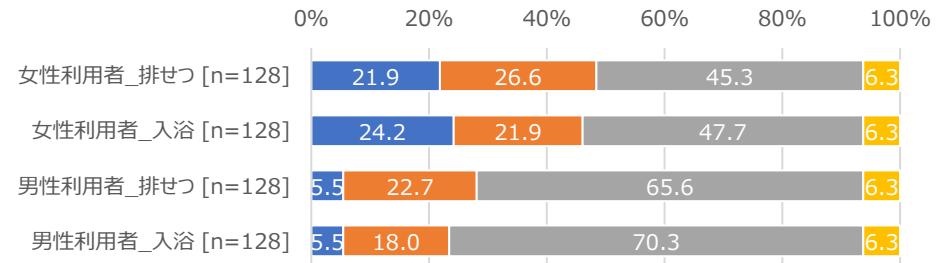
- 同性介助による介助に限定されている
- 同性介助を希望すれば介助が受けられる
- 同性介助による介助に限定されていない (同性介助を希望していても介助が受けられない場合がある)
- 無回答

短期入所



- 同性介助による介助に限定されている
- 同性介助を希望すれば介助が受けられる
- 同性介助による介助に限定されていない (同性介助を希望していても介助が受けられない場合がある)
- 無回答

療養介護



- 同性介助に限定している
- 希望者には原則同性介助を実施
- 同性介助に限定していない
- 無回答

【論点4】高次脳機能障害を有する者への支援に対する評価について

現状・課題

- 高次脳機能障害を有する者は身体的、精神的な特徴が外見上では判断しづらいことからサービスに繋がりがづらいとの指摘や、集中力が続かない、疲れやすい、重度の社会的行動障害などの障害特性があるとの指摘がある。障害者部会報告書において、高次脳機能障害等の特性に応じた対応できる専門性を持つ人材配置を推進するための方策について検討する必要があるとの指摘もある。
- また、脳血管障害に係る障害認定に当たっては、障害部位や症状の経過などにより、それぞれの事例で判断可能な時期以降に認定することとしているが、都道府県の判断によっては症状固定の目安である6か月後まで身体障害者手帳の交付がなされないケースもあり、その間は障害福祉サービスの利用ができない場合があることや要介護認定が優先して行われる場合があることなど、支援が必要な者に対して適切なタイミングで適切なサービスが提供されていない実態があるとの指摘がある。

検討の方向性

- 高次脳機能障害を有する者が適切にサービスを受けることができるよう、高次脳機能障害の特性に対応できる専門性を持つ人材を配置をする事業所を評価することを検討してはどうか。具体的には、他の障害領域と同様に、高次脳機能障害に関する研修を受講した常勤の相談支援専門員を配置し、その旨を公表する相談支援事業所を評価することを検討してはどうか。
 - また、高次脳機能障害を有する利用者が一定数以上であって、専門性を有する職員が配置されている自立訓練や就労支援等の通所サービスや共同生活援助等の居住サービスを評価することを検討してはどうか。
- ※ 脳血管障害に係る障害認定や支給決定の取扱い等については、研究の実施等を通じて、自治体の実務等の実態把握に努め、適切なタイミングで適切なサービスにつながる方策を引き続き検討する。

高次脳機能障害について

高次脳機能障害とは

- 高次脳機能障害とは、学術的には脳損傷（※）に起因する認知障害全般を指し、失語・失行・失認のほか、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。※外傷性脳損傷や脳血管障害など
- 一方、高次脳機能障害支援モデル事業（平成13年に開始）において集積された脳損傷者のデータを分析した結果、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらの者への支援対策を推進する観点から、行政的にこの一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼ぶこととされている。
- また、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶこととされており、その診断基準が定められている。

患者数

日本全国で約27万人と推計されている。（平成13～17年、高次脳機能障害モデル事業）

具体的症状

記憶障害

物の置き場所を忘れていたり、新しい出来事を覚えていられなくなるなど。

そのために何度も同じことを繰り返したり質問したりする。

注意障害

ぼんやりしていて、何かをしようとミスばかりする。二つのことを同時にしようとすると混乱する。

遂行機能障害

自分で計画を立てて物事を実行することができない。行きあたりばったりの行動をする。

社会的行動障害

興奮する、暴力を振るったり、思い通りにならないと、大声を出す。自己中心的になる。

病識欠如

自分が障害を持っていることに対する認識がうまくできない。障害がないかのようにふるまったり、言ったりする。

出典：「高次脳機能障害診断基準」

厚生労働省障害保健福祉部、国立障害者リハビリテーションセンター 平成16年)

障害特性に応じた支援体制に関する報酬上の評価(現行制度)

○専門性の高い相談支援体制等を評価する加算(計画相談支援)

- 専門性の高い支援を実施できる体制を整えている場合に、その体制整備を適切に評価するための加算。

加算名	内 容	単位数
要医療児者支援体制加算	医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了した常勤の相談支援専門員を配置し、その旨公表する場合	35単位/月
行動障害支援体制加算	強度行動障害支援養成研修(実践研修)等の修了した常勤の相談支援専門員を配置し、その旨公表する場合	35単位/月
精神障害者支援体制加算	精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等の修了した常勤の相談支援専門員を配置し、その旨公表する場合	35単位/月

○視覚・聴覚言語障害者支援加算(日中系、居住系サービス)

- 意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数以上配置されている場合に算定可能。

加算名	内 容	単位数
視覚・聴覚言語障害者支援加算	視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が一定数以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数以上配置されている場合	41単位/日

* 視覚・聴覚言語障害者支援加算の対象サービス：生活介護、就労移行、就労継続支援A型、就労継続支援B型、自立訓練、施設入所支援、共同生活援助

障害福祉サービス等における高次脳機能障害を有する者の利用状況

- 就労系サービスにおいて、利用者総数における高次脳機能障害者の割合は、1.4%となっている。
- 生活介護の実利用者数のうち、高次脳機能障害の者の割合は、全体の約1%ほどとなっている。

(令和元年度障害者総合福祉推進事業)

「就労系サービスにおける諸課題の把握と事例整理に関する調査研究」

(* 図表58より抜粋)

障害種別別利用者数（複数回答可）

サービス類型	総数・割合	身体障害者	知的障害者	精神障害者	難病	発達障害者	高次脳機能障害	若年性認知症
就労移行支援	総数 (n = 5,002)	276	1,407	1,943	28	953	90	0
	総数に対する割合	5.5%	28.1%	38.8%	0.6%	19.1%	1.8%	0.0%
就労継続支援 A 型	総数 (n = 6,689)	1,092	2,469	2,767	107	354	71	4
	総数に対する割合	16.3%	36.9%	41.4%	1.6%	5.3%	1.1%	0.1%
就労継続支援 B 型	総数 (n = 21,932)	2,190	10,537	6,136	112	795	313	39
	総数に対する割合	10.0%	48.0%	28.0%	0.5%	3.6%	1.4%	0.2%
計	総数 (n = 33,623)	3,558	14,413	10,846	247	2,102	474	43
	総数に対する割合	10.6%	42.9%	32.3%	0.7%	6.3%	1.4%	0.1%

生活介護における障害種別の平均実利用者数（令和4年12月の実績）

* 第37回報酬改定検討チーム（R5.9.27）資料3より再掲

(人)	全体 [n=793]	障害者 支援施設 [n=147]	通所型 事業所 [n=642]
身体障害	5.8	10.3	4.8
知的障害	21.0	41.2	16.3
精神障害	1.1	1.0	1.1
難病等	0.2	0.2	0.2
合計	28.0	52.7	22.3
(うち) 発達障害	0.9	1.4	0.7
(うち) 高次脳機能障害	0.3	0.4	0.3

(出典) 令和4年度報酬改定検証調査を基に作成

高次脳機能障害支援者養成研修について

- 障害福祉サービス事業所等において高次脳機能障害の障害特性に応じた支援を実施できる支援者を養成するため、令和2～4年度厚労科学研究において研修カリキュラム等を開発。
- 高次脳機能障害の支援拠点の研修事業での積極的な活用等について、令和5年8月に各都道府県に周知。

1 目的

障害福祉サービス等事業所に従事する職員が、高次脳機能障害について知識を得て、同障害の障害特性を理解し、日常的な支援での対応方法を習得することを目的とする。

2 実施主体

都道府県（指定都市又は中核市、団体等に委託可）

3 対象者

障害福祉サービス等事業所において、高次脳機能障害者の支援に携わる者及び障害福祉サービス等事業所と連携して高次脳機能障害者の支援を実施する者

4 研修内容

① 基礎研修（2日間720分） ② 実践研修（2日間720分）※基礎研修修了者が対象

5 財政措置

都道府県が指定する高次脳機能障害者の支援の拠点となる機関が本研修を実施するための費用については、地域生活支援事業（高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業）として国庫補助の対象。

身体障害者手帳制度の概要

1 概要

身体障害者福祉法に定める身体上の障害がある者に対して、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長が交付する。

根拠:身体障害者福祉法第15条

2 交付対象者

身体障害者福祉法別表に掲げる身体上の障害があるもの

別表に定める障害の種類(いずれも、一定以上で継続することが要件とされている)

- ① 視覚障害
- ② 聴覚又は平衡機能の障害
- ③ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害
- ④ 肢体不自由
- ⑤ 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害
- ⑥ ぼうこう又は直腸の機能の障害
- ⑦ 小腸の機能の障害
- ⑧ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
- ⑨ 肝臓の機能の障害

3 障害の程度

法別表に該当するかどうかの詳細については、身体障害者福祉法施行規則別表第5号「身体障害者障害程度等級表」において、障害の種類別に重度の側から1級から6級の等級が定められている。

4 交付者数(令和3年度末現在)(令和3年度福祉行政報告例)

4,910,098人(1級:1,573,903人、2級:711,796人、3級:807,942人、4級:1,190,415人、
5級:307,434人、6級:318,608人)

【論点5】精神障害者の地域移行等について

現状・課題

- 誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害の有無や程度にかかわらず、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するため、令和3年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書がとりまとめられた。
- さらに、令和4年6月には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（以下、単に「報告書」という。）がとりまとめられたことを踏まえ、同月には障害者部会でも障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する報告書がとりまとめられた。これらの内容に基づき、「関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。」ことが今後必要な対応とされている。
- 報告書を踏まえつつ、
 - 令和4年第210回国会において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）が成立し、令和4年12月16日に公布された。これにより、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）についても一部改正された。
 - 令和6年度から、第8次医療計画及び第7期障害福祉計画が開始され、
 - ・（第8次医療計画）精神病床における推計入院患者数の減少傾向を踏まえた基準病床数の考え方を示すとともに、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計するよう算定式を示している。
 - ・（第7期障害福祉計画）医療計画における推計入院患者数をもとに、令和8年における1年以上の長期入院患者数を、令和2年から3.3万人減少させることを成果目標としている。
- これらの政策的方向性を踏まえ、精神科病院に入院中の患者については、長期入院者に対する地域移行に係る取組を引き続き実施するとともに、長期入院に至っていない患者についても、入院を長期化させず、可能な限り早期に退院し、地域で安心して暮らすことができるよう、医療提供体制を整備しつつ、医療と障害福祉等との連携をさらに進める必要がある。

【論点5】精神障害者の地域移行等について

検討の方向性

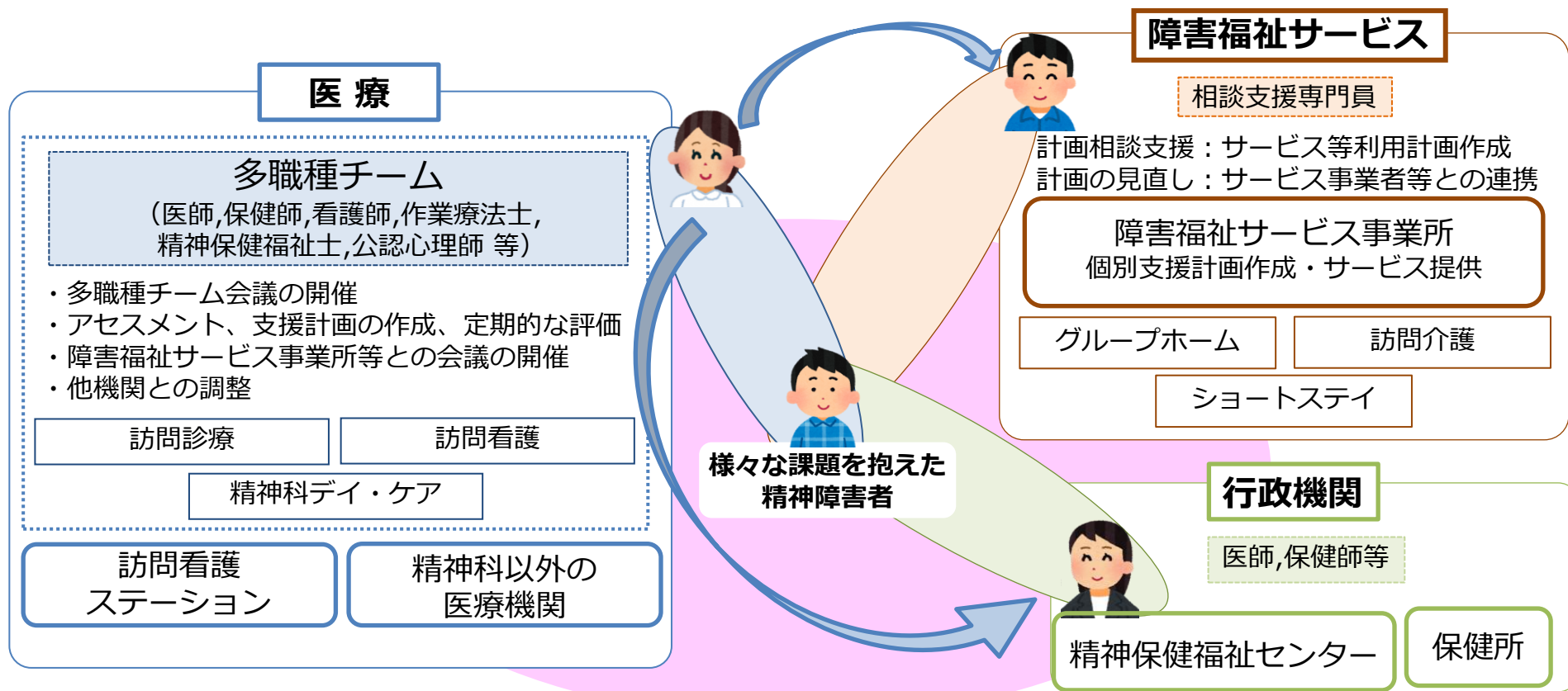
- 精神障害者の地域移行及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層進めるため、医療機関における入院時・入院中から、患者の希望や状態に応じて、退院後の地域における環境や生活を想定し、障害福祉サービス等の連携調整を行うこと等により、入院から退院後の地域生活まで、医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、
 - 医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価
 - 自立生活援助・地域定着支援の対象者に、家族と同居する場合であっても、地域移行支援を利用して退院した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等が含まれることを明確化
 - 入院・入所から地域移行など本人の生活環境が大きく変化する際に、集中的な支援を実施する自立生活援助事業所に対する評価
 - 計画相談支援・障害児相談支援における医療等の多機関連携のための各種加算について、多機関連携の推進や業務負担を適切に評価する観点からの見直し 等
 - 多職種による包括的支援を中心とした、回復期の入院患者に対する医療や入退院の支援等を含めた医療提供体制の評価

等について、障害福祉サービス等報酬と診療報酬の同時改定において、検討することとしてはどうか。

※ 診療報酬改定の具体については、中央社会保険医療協議会において議論

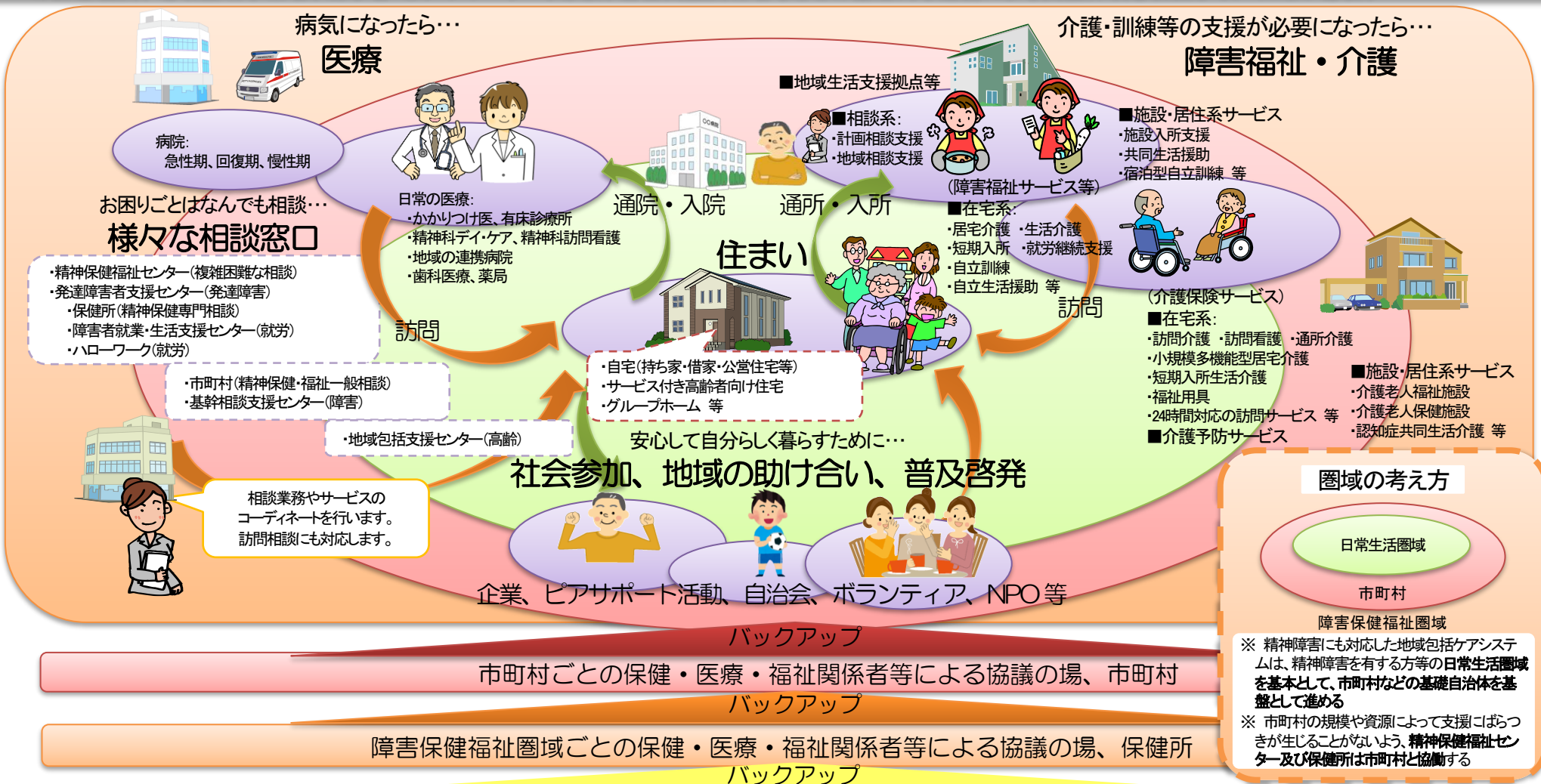
- これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(平成29年2月)において、地域生活支援において、精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整(包括的なマネジメントによる支援)が重要とされている。
- 包括的支援マネジメントは、国際的に有効性が示されており(Cochrane review)、中重度の精神障害者に必要に応じて包括的支援マネジメントを行い、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げていることが広く知られている。

【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）（論点5参考資料②）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る基本的な事項

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築する。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。

住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

精神障害を有する方等の家族

- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、市町村等における相談支援体制、第8次医療計画の策定に向けた基本的な考え方、精神科病院に入院する患者への訪問相談、医療保護入院、患者の意思に基づいた退院後支援、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組、精神病床における人員配置の充実、虐待の防止に係る取組について検討し、今後の取組について取りまとめた。

関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。

基本的な考え方

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要。

対応の方向性

精神保健に関する市町村等における相談支援体制

- 身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要。

第8次医療計画の策定に向けて

- 地域における多職種・多機関の有機的な連携体制の構築が重要。
- 各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の検討が必要。

精神科病院に入院する患者への訪問相談

- 人権擁護の観点から、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要。

医療保護入院

- 安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、以下の視点を基本とすべき。
 - ・ 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
 - ・ 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実
 - ・ より一層の権利擁護策の充実
- 家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方等を勘案しながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要。

患者の意思に基づいた退院後支援

- 退院後支援については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定した上で、推進に向けた方策を整理していくことが求められている。

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

- 安心して信頼できる入院医療を実現するには、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、医療現場において、精神保健福祉法に基づく適正な運用が確保されることが必要。

精神病床における人員配置の充実

- より手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じた適切な職員配置の実現が求められる。

虐待の防止に係る取組

- より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起こさないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律の概要 (論点5参考資料⑤)

改正の趣旨

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実【障害者総合支援法、精神保健福祉法】

- ① 共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。
- ② 障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。
- ③ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。

2. 障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】

- ① 就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。
- ② 雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。
- ③ 障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。

3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

- ① 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。
- ② 市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。
- ③ 虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。

4. 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化【難病法、児童福祉法】

- ① 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。
- ② 各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。

5. 障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（DB）に関する規定の整備【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】

障害DB、難病DB及び小慢DBについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。

6. その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。
このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、2①及び5の一部は公布後3年以内の政令で定める日、3②の一部、5の一部及び6②は令和5年4月1日、4①及び②の一部は令和5年10月1日）

現状・課題

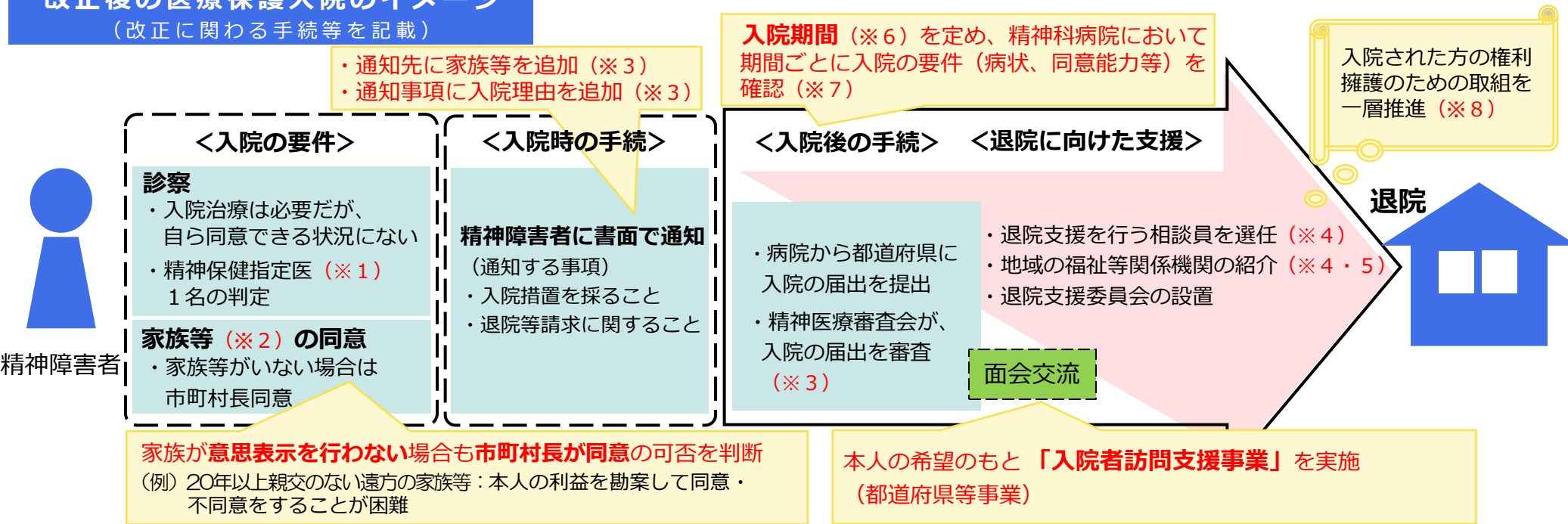
- 精神障害者に対する医療の提供は、できる限り入院治療に頼らず、本人の意思を尊重することが重要であるが、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという特性を持つ精神疾患については、本人の同意が得られない場合においても入院治療へのアクセスを確保することが必要であり、医療保護入院の仕組みがある。

見直し内容

- **家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、誰もが安心して信頼できる入院医療の実現にむけて、入院者の権利を擁護するための取組を一層推進させるため、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。**

改正後の医療保護入院のイメージ

(改正に関わる手続等を記載)



※1 指定医の指定申請ができる期間を、当該指定に必要な研修の修了後「1年以内」から「3年以内」に延長する。 ※2 DV加害者等を「家族等」から除外する。

※3 措置入院の決定についても同様とする。 ※4 措置入院中の方も対象とする。 ※5 現行努力義務→義務化。 ※6 厚生労働省令で定める予定。

※7 入院の要件を満たすことが確認された場合は、入院期間を更新。これに伴い、医療保護入院者に対する定期病状報告に代えて更新の届出を創設。なお、入院期間の更新について、精神科病院の管理者は、家族等に必要な事項を通知の上、一定期間経過後もなお不同意の意思表示を受けなかったときは、同意を得たものとみなすことができることとする。

※8 政府は、非自発的入院制度の在り方等に関し、精神疾患の特性等を勘案するとともに、障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする検討規定を設ける (附則)。

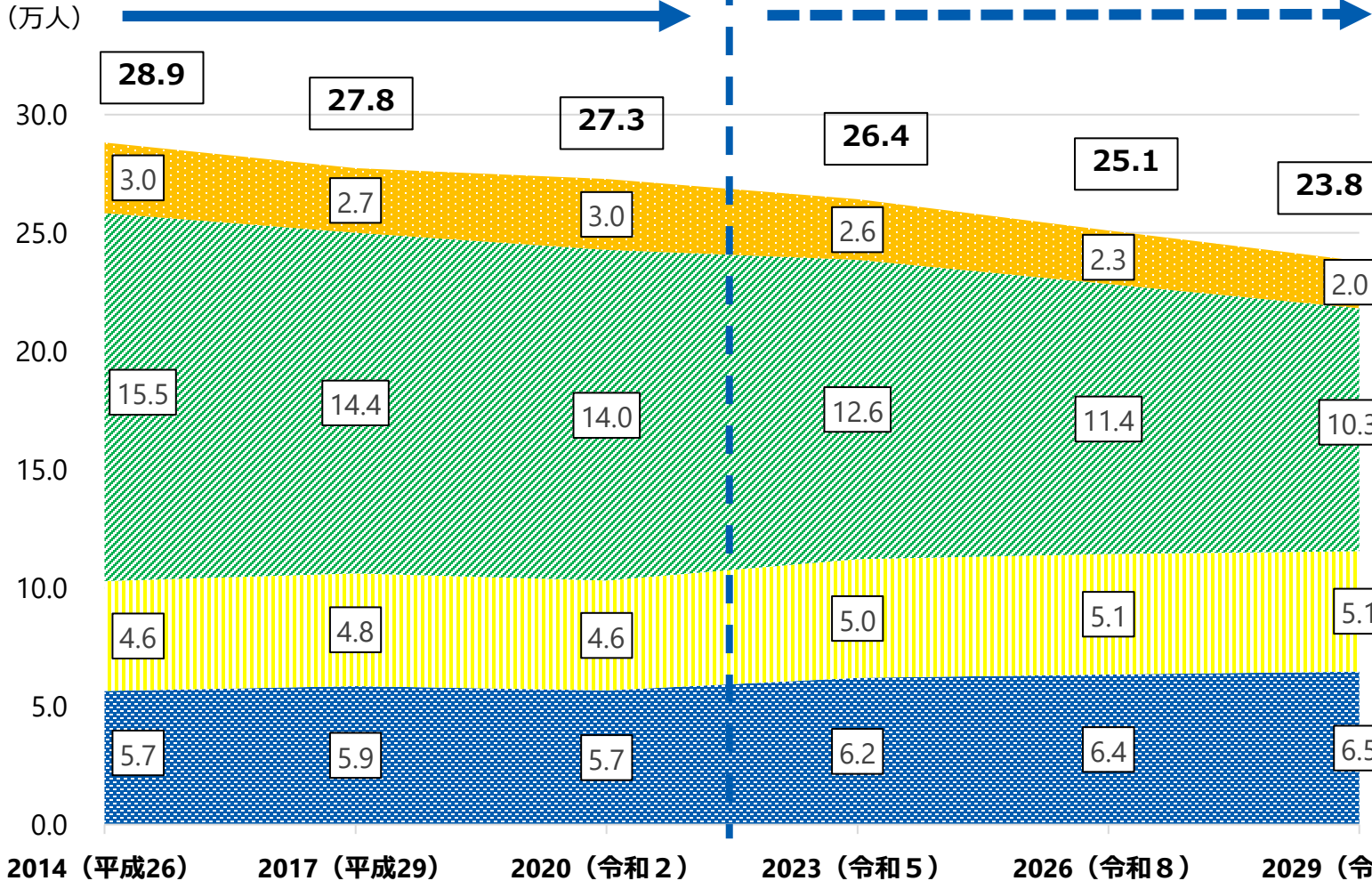
精神病床における入院患者数の将来推計結果

(論点5参考資料⑦)

患者調査 (実測値)

将来推計による推計値

※ 推計値 (2023年以降) は病院報告を用いて補正



【精神病床における入院期間別類型】

医療計画(※)において、
 「急性期」 入院後3ヶ月未満、
 「回復期」 3ヶ月以上1年未満、
 「慢性期」 1年以上

と規定。

※令和6年度から開始される第8次医療計画においても同様の取扱い。

■ 1年以上(慢性期)(認知症)

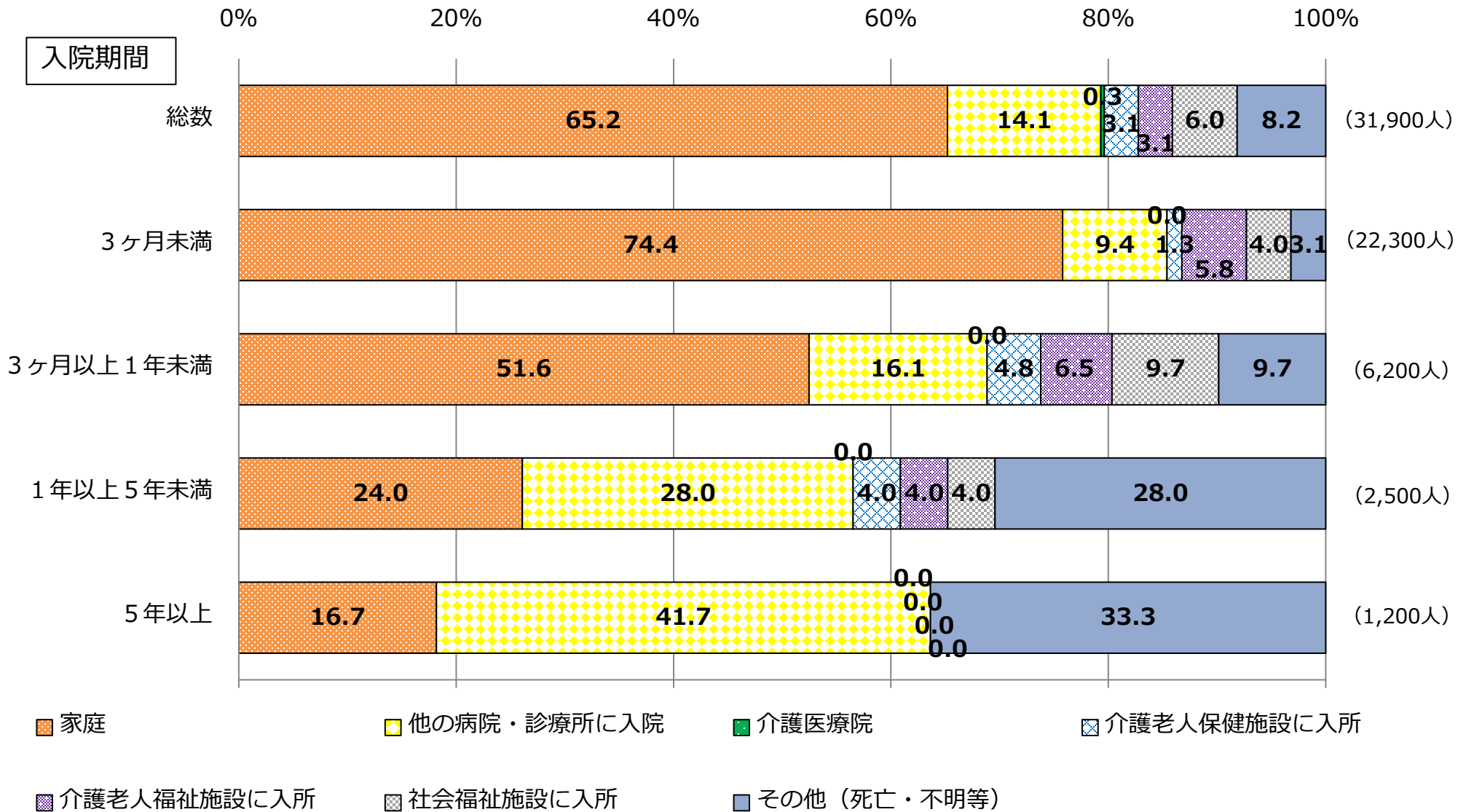
■ 1年以上(慢性期)(認知症を除く)

■ 3ヶ月以上1年未満(回復期)

■ 3ヶ月未満(急性期)

令和2年 精神病床退院患者の退院後の行き先

(論点5参考資料⑧)

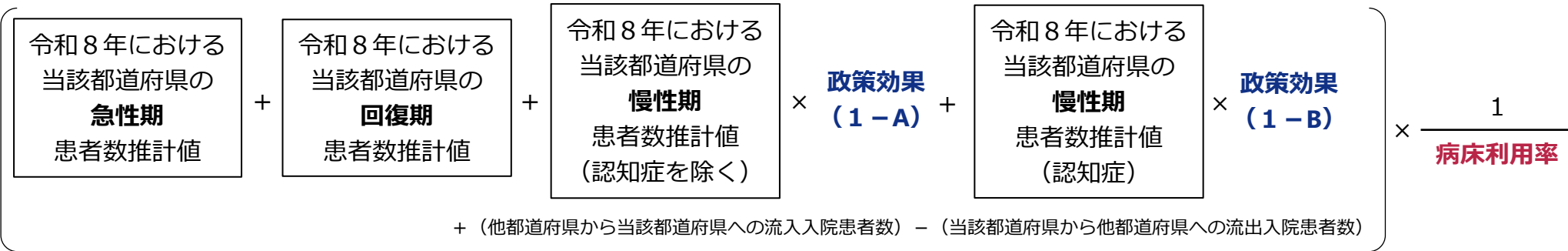


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標 (論点5参考資料⑨)

- 第8次医療計画において、精神病床に係る基準病床数の算定式については、**将来の精神病床における推計入院患者数**をもとに基準病床数を設定することとされている。
- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数を推計すると、入院患者数は減少傾向となる。
- 加えて、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計している。
- 第7期障害福祉計画における、1年以上の長期入院患者数に係る成果目標も、この推計患者数をもとに設定されている。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式



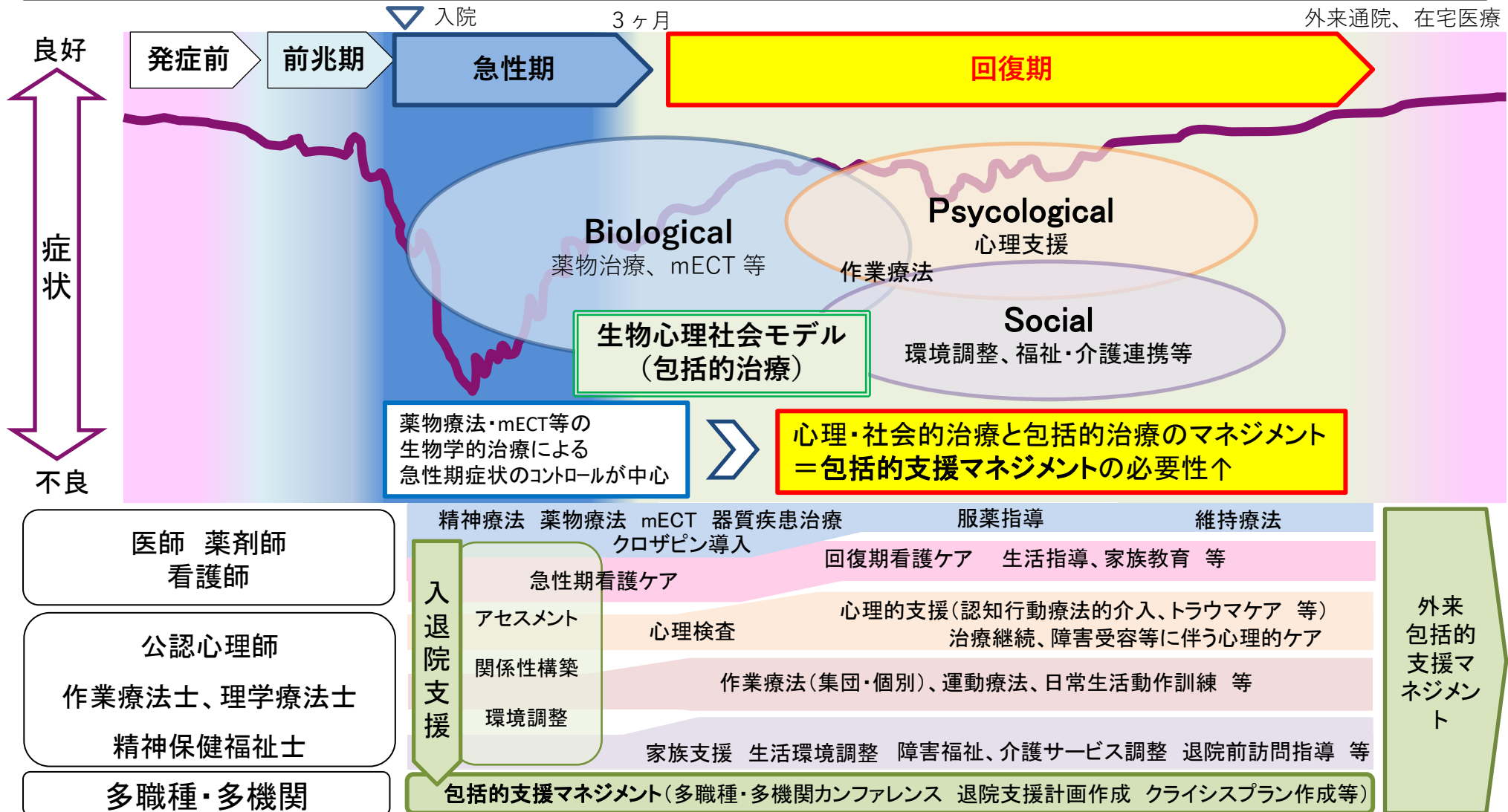
精神病床における入院患者数推移と将来の推計 (政策効果を加味した場合)



精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

（論点5参考資料⑩）

○ 精神疾患の治療経過において、回復期では多職種による心理・社会的治療（精神保健福祉士等による環境調整、作業療法士等によるリハビリテーション、公認心理師等による心理的ケア等）と包括的治療のマネジメント（包括的支援マネジメント）の必要性が増える。



出典：令和5年度厚生労働科学研究費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）提出資料より改変

関係団体ヒアリングにおける主な意見①

(虐待防止・権利擁護関係)

No	意見の内容	団体名
1	○障害者虐待防止の取組みは、令和3年度報酬改定における大きな動きの1つでした。令和5年度から身体拘束廃止未実施減算も改正されている。まずは減算の適用状況を調査していただき、減算率については介護保険サービスと同じ「10%」として頂きたい。	全国手をつなぐ育成会連合会
2	○意思決定支援会議の前に相談支援従事者専門コース別研修に位置付けられている「意思決定支援研修」を義務化し、その研修を受けたものが意思決定支援専門員となるようにする。 現行では、計画相談支援のモニタリングの中で地域移行の意向調査をするのが現実的ですが、同一法人の計画相談か外部事業所の場合で大きく異なる。まずは、同一法人の場合は、囲い込みの恐れがあるので減算し、外部事業所への誘導を行い、年に1・2回、地域移行の意向調査を義務付けることから始めてはどうか。	全国自立生活センター協議会
3	○長期間施設や病院で生活を余儀なくされている人たちは、意向をなかなか表明できず、担当者のスキルに左右される。担当者には、意思決定支援の研修が不可欠。	全国自立生活センター協議会
4	○令和3年度報酬改定による、虐待防止・身体拘束の適正化推進のための研修等の各種取り組みの実施状況や効果・課題等の実態を把握し、更なる虐待防止・身体拘束の適正化に向けた方策を検討されたい。更なる身体拘束の適正化の推進にあたっては、人員体制の充実が必要であるため、そうした手厚い対応を行う施設や事業所を評価する仕組みを創設されたい。	日本看護協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見②

(高次脳機能障害関係)

No	意見の内容	団体名
1	○高次脳機能障害者は症状が見えづらいことから、早期退院や退院後の支援に繋がりにくいことがある。高次脳機能障害（特に、社会的行動障害）が重度なケースの入院時における在院日数を含めた十分な医療的リハビリテーションを受けることのできる期間の確保についてご検討いただきたい。また、退院時には地域定着支援、自立生活援助の利用について、一人暮らしであるという条件の緩和等をご検討いただきたい。さらに医療機関から退院時に相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等への情報提供や協力・支援等を行った場合の加算や、相談支援に関する体制加算等をご検討いただきたい。	日本高次脳機能障害友の会
2	○高次脳機能障害の障害特性上、区分や障害基礎年金では障害の重症度を定量化できない現状がある。厚生労働科学研究において、「障害福祉サービス等における高次脳機能障害者の支援困難度の評価指標についての研究」等を進めていただいていることには大変感謝している。それらの研究で得られたこと等を踏まえ、高次脳機能障害が重度な方を重度者として判定できる新たな基準の設置や行動関連項目の見直しをご検討いただきたい。	日本高次脳機能障害友の会
3	○高次脳機能障害者には「就労選択支援」を前置的な支援とせず、生活訓練や就労継続支援B型等を退院後早期より提供できるようなご配慮を頂きたい。また、利用開始後の一定期間のうちに必要に応じて就労アセスメントの手法を活用した支援を提供する等の選択が可能となるようなご配慮をお願いしたい。	日本高次脳機能障害友の会
4	○就労中の就労支援サービスの併用については、市町村による個別の必要性等の判断に基づいて、例外的、一時的に認められている状況である。高次脳機能障害者における就労中の就労支援サービスの利用は職業生活や地域生活の安定に有用であり、利用を明確に認めることをご検討いただきたい。また、一般就労と就労系障害福祉サービスの併用可能な期間は一律で設定せず、産業医や主治医等の意見を反映させて定めるようご検討いただきたい。	日本高次脳機能障害友の会
5	○高次脳機能障害者は認知機能に障害があるという特性上、各種の契約や手続きに支援を要する。当事者の移動に関する支援については、高次脳機能障害者にとっては移動のみに支援を要することは少なく、目的地に到着後の手続きにも支援が必要な場合がある。現状では、相談支援専門員が通院や行政、銀行など各種手続きに無報酬で同行して支援を行っているケースが少なくない。以上のことから、当事者の通院や各種手続きへ同行し支援することに対して報酬が発生させられるような仕組みの検討や、現行の地域生活支援事業の移動支援をもう少し柔軟に活用できるよう見直しをご検討いただきたい。	日本高次脳機能障害友の会

関係団体ヒアリングにおける主な意見③

No	意見の内容	団体名
6	○重度訪問介護に意思決定支援の視点を導入し、年齢制限や中程度知的・精神障害者への対象を拡大して頂きたい。高次脳機能障害等は、サービスに繋がりがづらいことがあるので、意思決定支援を含む新たな重度訪問介護等を見直す際の対象に加えて頂きたい。	全国自立生活センター協議会
7	○現行、第2号被保険者に関しては、退院後、原則介護保険が優先となっており、医師、ケアマネジャー等と通所リハビリテーションを利用する人が多い。しかしながら高次脳機能障害（失語症）の方に関しては、退院後は介護保険デイサービスの通所ではなく、自立訓練（機能訓練）事業所による通所リハビリテーションを利用する方がより有効でかつ効果的なリハビリテーションを受けることができる。このため機能訓練に関するサービス事業所を創設することで、地域で生活をしながらの「リハビリテーション」が整備されることになる。利用者にとって、夫々に適した効果的なリハビリテーションを選択できるような制度が必要。	日本失語症協議会
8	○利用開始時の手続きについて、身体に障害がある場合、利用手続きにかなりの時間を要するため、回復期リハビリテーション病棟等からの退院までに利用手続きが間に合わず利用ができなくなる場合や、一旦老人保健施設等で待機せざるを得ない場合が見られるため、身体障害者や高次脳機能障害者が、病院から継続して機能訓練を利用する場合にスムーズな利用を図れるようにして頂きたい。	全国障害者自立訓練事業所協議会
9	○機能訓練において、高次脳機能障害者、失語症他の支援の強化のために人員配置基準を超えてリハ専門職等を配置した場合に、リハビリテーション加算等において評価できるようにして頂きたい。また、公認心理師を評価の対象に加えて頂きたい。	全国障害者自立訓練事業所協議会
10	○視覚・聴覚言語障害者支援体制加算に準じ、高次脳機能障害者等支援体制加算等の新設について検討して頂きたい。	全国障害者自立訓練事業所協議会
11	○高次脳機能障害者には、集中力が続かない、易疲労性が強い、重度の社会的行動障害などの障害特性により、高い生産性を望めないケースが存在しているため、そのようなケースが多く利用している事業所は運営がひっ迫している状況にある。就労継続支援B型サービス費（Ⅰ）（Ⅱ）においても地域協働加算・ピアサポート実施加算が算定できる仕組みや、就労継続支援B型サービス費（Ⅲ）（Ⅳ）の報酬単価の見直しをご検討いただきたい。	日本高次脳機能障害友の会

関係団体ヒアリングにおける主な意見④

(精神障害者の地域移行等関係)

No	意見の内容	団体名
1	○現行の報酬体系について、例えば 取得率の高い加算、特に適切なケアマネジメントを実施する際において実施すべき支援を基本報酬に組み込む等、簡素化への工夫を行ってはどうか。	日本相談支援専門員協会
2	○地域移行の更なる推進のために、相談支援事業所が協働運営体制を整備し、全ての相談支援事業を実施していること及び主任相談支援専門員やピアサポーターを複数名配置することを要件とした新たな報酬体系を設けてはどうか。	日本相談支援専門員協会
3	○サービス提供時モニタリング加算について、質の高い相談支援を提供すること及び医療等との連携の更なる促進を踏まえて、地域生活支援事業により実施されるサービスや訪問看護、各種サロン等についてもサービス提供時モニタリング加算の算定要件として頂きたい。	日本相談支援専門員協会
4	○退院・退所加算について、退院時に継続サービス利用支援を実施し、関係機関との連絡等により支援内容を調整した場合を加算の対象とすべき。	日本相談支援専門員協会
5	○医療・保育・教育機関等連携加算について、継続サービス利用支援時においても本加算を算定できるようにして頂きたい。また、居宅介護支援と計画相談支援による支援がともに提供されている場合は、介護支援専門員との連携について本加算の評価対象として頂きたい。民生委員等との連携についても本加算の評価対象として頂きたい。さらに、業務量を適切に評価した報酬単価（100単位⇒200単位）を設定すべき。	日本相談支援専門員協会
6	○初回加算について、適切な時期から相談支援を開始することを重視し、インフォーマル調整も含めた初回加算の適切なあり方を検討して頂きたい。	日本相談支援専門員協会
7	○障害者の計画相談支援を担当する相談支援専門員が通院の同行をした場合を評価する加算の創設をして頂きたい。	日本相談支援専門員協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見⑤

No	意見の内容	団体名
8	○精神障害は疾病と障害の両面を持つものであり、福祉の支援に当たっては医療機関との連携をさらに促進すべき。サービス開始に際しては医療機関との情報共有を必須とし、その後も医療機関への定期報告を評価する。（相談支援専門員の作成するサービス等利用計画書、モニタリング報告書の医療機関への共有について、年4回まで加算として評価すべき。）	日本精神神経科診療所協会
9	○計画相談は担当人数を制限するとともに計画作成、モニタリング報告書作成以外のヒアリングや情報共有等も評価する。（サービス利用支援費（40件以上）を400単位、継続サービス利用支援費（40件以上）を300単位程度に制限すべき。）	日本精神神経科診療所協会
10	○精神障害者支援体制加算の要件を厳格にして、医療機関の依頼を断ることなく対応するための手立てを講じる必要がある。	全国地域で暮らそうネットワーク
11	○相談支援事業所が、本人の意向を踏まえて医療機関に情報を提供したのち、医療機関が相談支援事業所に必要な情報を提供した場合、相談支援事業所を評価する必要があるのではないか。（入院時情報連携加算の通院時への拡大、双方向を原則）	全国地域で暮らそうネットワーク