

(2)効果的・効率的なサービス利用の促進

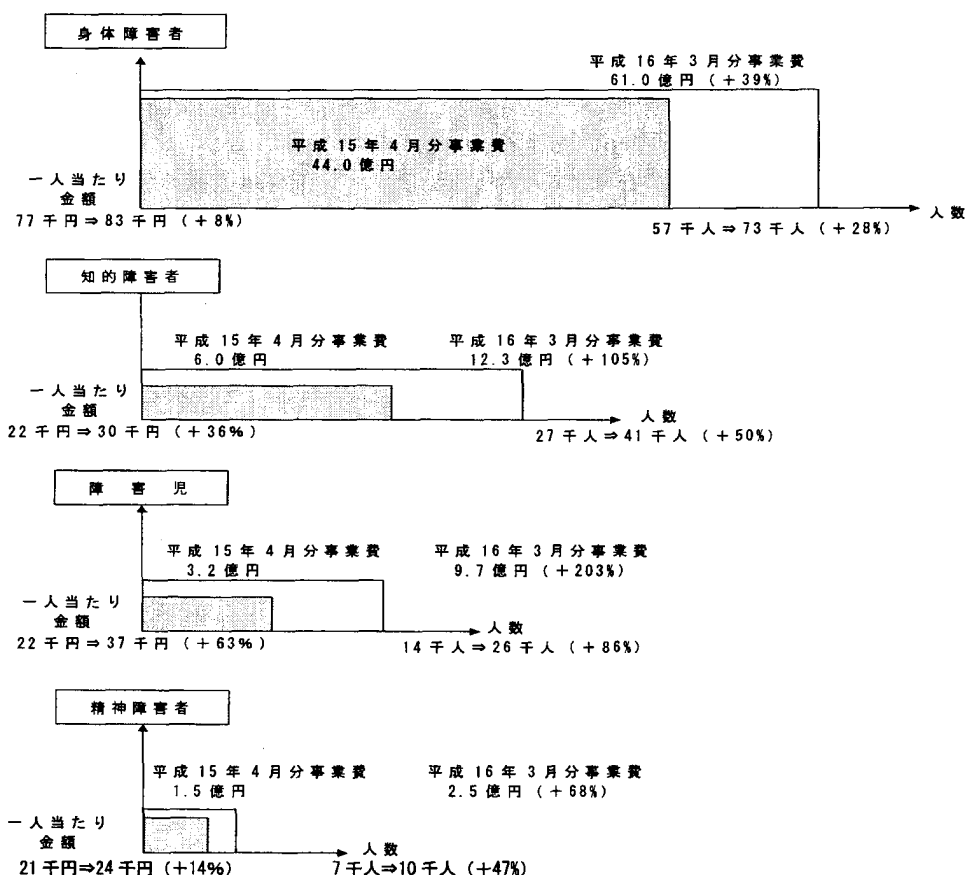
【基本的な考え方】

- 平成15年度の支援費制度の施行や平成14年度の精神障害者居宅生活支援事業の本格的な実施の後、居宅生活支援の関係費用は、サービス利用者の増加(実施市町村数の増加、実施市町村におけるサービス普及)、一人当たり利用額の増加等により必要額が急増している。今まで、必要なサービスを受けられなかった者へサービス提供がなされるという積極的意義がある一方で、既存の公的保険制度等と比較して制度を維持管理する仕組みが極めて脆弱なことから、より効果的・効率的なサービス利用となるよう制度の見直しが必要となっている。
- 障害者のニーズは多様であるが、自ずとその水準に限界がある国民負担により障害者サービスが賄われる以上、制度の持続可能性を確保するためには、「制度を維持管理する仕組みを確立」し、負担者である国民全体が納得し得る「客観的・合理的な基準、手続き」に基づき運営されることが必要である。
- このため、各障害を通じて、市町村が具体的なサービス提供を効果的・効率的に実施できるよう、制度全体を次のような観点から見直し、障害者の安心確保と制度への国民の信頼を確立する。

＜主な課題＞

- ・ 市町村を基礎とした重層的な障害者相談体制の確立とケアマネジメント制度の導入
- ・ 利用決定プロセスの透明化
- ・ 障害程度に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化
- ・ 人材の確保と資質の向上

＜ホームヘルプサービスの増額の内訳＞



【見直しの具体的な内容】

1) 市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入

- 市町村は、地域の障害者の福祉に関する各般の問題につき、主として居宅において日常生活を営む障害者又はその介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う等の障害者の自立等に必要相相談支援を実施する。
- 都道府県は市町村が行う判定等に係る支援、居住支援等の広域的な対応や危機介入等の専門性の高い対応等を実施する。
- 市町村、都道府県が自ら相談支援体制を確保できない場合には、「相談支援事業者」に委託できるよう法的な整備を行い、国の定めるケアマネジメント従事者研修を修了している者を置くことを義務づける。
- 市町村が行う障害者サービスの判定等を技術面において支援するため、現在、都道府県等に置かれている身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センターの機能再編や職種の見直し、判定の標準化等も含め、市町村支援機能の強化を図る。

2) 利用決定プロセスの透明化

- 個別給付を受けようとする者は、利用申請に際し、自ら又は相談支援事業者等の支援を受けて、その心身、家族などの状況に応じたサービスの利用計画案を作成し、当該計画案を利用申請書に添付することとする。
- 個別給付の利用決定に際しては、当該計画案のほか、当該地域の実際のサービス提供状況等を勘案して行うこととする。また、利用決定について、その適正な実施を確保するため、市町村又は広域での審査会設置、都道府県の専門機関への意見照会等の仕組みを導入する。
- 個別給付の利用決定を受けた者のうち、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計画的なプログラムに基づく自立支援が必要な者については、「自立支援計画」を作成(個別給付の対象)し、計画に基づき、サービス利用のあっせん・調整・契約援助などの支援を行う仕組みとする。
- 個別給付の利用決定を受けた者のうち継続利用する者は、一定期間ごとに、市町村又は相談支援事業者等に、利用に係る再評価等を受ける仕組みとする。

3) 障害程度等に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化

- 各サービス共通の尺度として、支援の必要度等からの尺度を開発し、新たに客観性のある障害程度区分を設定する。当面は、介護的側面については、要介護認定基準を基本に障害種別の特性を踏まえた尺度を組み合わせ、自立支援的側面については、障害種別の特性を踏まえた尺度により設定する。
- 障害程度等に応じた標準的なサービスモデルやサービス利用状況等も踏まえ、当該区分別の標準的な費用額を設定し、国庫配分や利用決定の目安として活用する。

4) 人材の確保と資質の向上

- 都道府県は、国が定める指針を参考とした評価基準に基づき、障害者の相談支援を担当する人材の養成研修の実施や相談支援事業者の評価等を行う。
- 国は、国の機関又は専門性を有する民間機関を活用して、都道府県で人材育成を担う者の養成システムを確立するとともに、相談支援業務の評価手法を開発する。

(3) 公平な費用負担と配分の確保

【基本的な考え方】

- 制度を維持管理する仕組みの確立と客観的・合理的な基準、手続きに基づく運営などによる制度への信頼性の向上と併せて、利用者の公平な負担と財政責任の確立により、制度の公平性と持続可能性の確保を図ることが必要である。

利用者負担の見直し

- 行政処分による制度とは異なり、利用者と提供者の契約を基本とする制度においては、利用者負担は、制度運営の公平性を確保する重要な要素であるが、現在の所得別の負担水準は、他の契約による制度と比較して極めて低い水準であり、負担能力の乏しい者へ配慮しつつ、他制度と同様、契約した本人について「受けたサービス量に応じた負担」、「入所施設と地域生活の均衡ある負担」を求める仕組みを導入することが必要である。
- このため、各障害を通じて、利用者負担の公平化を図る観点から、次のような利用者負担の見直しを行う。

<主な課題>

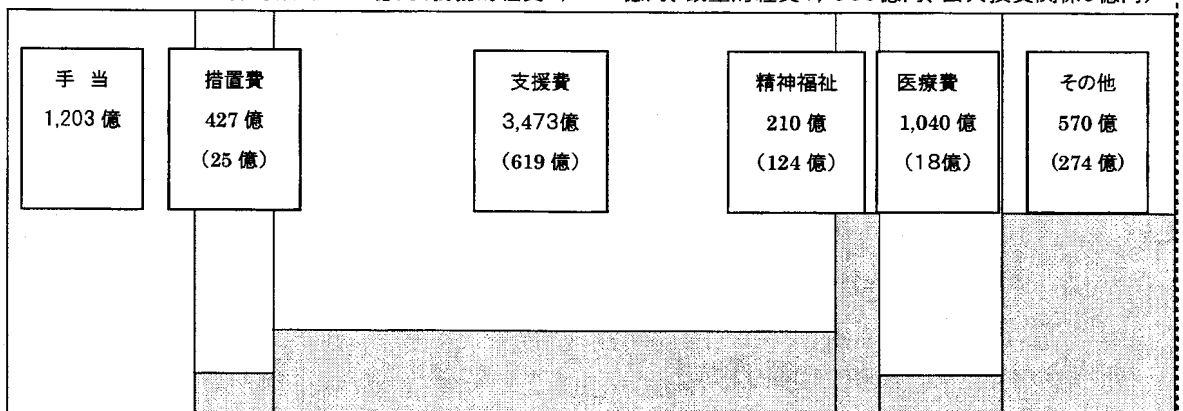
- ・ 福祉サービスに係る応益的な負担の導入
- ・ 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し
- ・ 障害に係る公費負担医療の見直し

国・都道府県の補助制度の見直し

- こうした利用者負担の見直しや制度を維持管理する仕組みの強化と並行して、障害保健福祉サービスに対する国費配分については、その水準に限界がある国民負担で賄われる財源の効果的な配分という観点から、入所サービス中心から自立支援サービス中心へ、医療費負担の軽減措置から地域福祉サービスの確保等へと「配分の重点の変更」を進めつつ、福祉費（施設・在宅）についても、国が「他制度と均衡のとれた財政責任」を持つ仕組みへ改めることが必要である。さらに、国全体として均衡ある障害者サービスの発展を確保するため、「地域間格差を調整する機能」を高めていくことが必要である。

<障害保健福祉関係の財政構造>

障害保健福祉部平成16年度予算総額6,942億円(義務的経費5,873億円、裁量的経費1,060億円、公共投資関係9億円)



※1 上図には公共投資関係は含まれていない。また、()内の数値は裁量的経費の額を示している。

※2 施設訓練等支援費に係る医療費は、医療費ではなく支援費で整理している。

<各制度の利用者負担の比較(在宅・入院外)>

各制度の利用者負担の現状

- 在宅サービス利用者の多数の者について利用者負担がないほか、他制度と比較すると、同程度の所得水準でも利用者負担限度額が低くなっている。
- 福祉サービス利用者には、生活保護世帯、市町村民税非課税世帯の割合が多い。
- ホームヘルプは所得階層と利用時間で負担額が決まるが、支援費制度については比較的短時間の利用で該当する負担上限額が設定されている。

区分	支援費制度 (ホームヘルプ)		精神障害者 (ホームヘルプ)		介護保険制度 (1割)		老人保健制度 (1割又は2割) (下線は多数該当※1)		健康保険制度 (2割又は3割) (下線は多数該当※1)	
	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)
生活保護受給等	0	18	0	42	15,000	2	15,000	15	35,400 (24,600)	—
市町村民税 非課税	世帯非課税	0	77	0	24,600	29	24,600	16	72,300 + 医療費1% (※2) (40,200)	—
	本人非課税				43					
所得税 非課税	市町村民税のうち 均等割のみ課税	1,100 (30分あたり50円)	2	0	51	37,200	26	40,200 課税所得 124万以上 72,300 + 医療費1% (※2) (40,200)	57	72,300 + 医療費1% (※2) (40,200)
	市町村民税のうち 所得割課税	1,600 (30分あたり100円)								
課税	2,200 (30分あたり150円) ↓ 全額	3	時間当たり負担額×利用時間数 時間当たり負担額は、所得税額に応じ250~950円	7						139,800 + 医療費1% (※2) (77,700)
実効負担率	1.3%(H15)		1.5%(H15)		10.3%(食費込・H14)		8.7%(食費込・H14) ※3		20.6%(食費込・H13) ※3	

※1 多数該当とは、同一世帯で直近12ヶ月に高額医療費の支給月数が3ヶ月以上ある場合、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減されるもの。

※2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000又は466,000円)

※3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

<各制度の利用者負担の比較(入所・入院)>

各制度の利用者負担の上限の現状(入所・入院)

区分	支援費制度		介護保険制度		老人保健制度		健康保険制度			
	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)		
生活保護受給等	0	7	0	0.6	15,000+ 300×入所日数	2	15,000+ 300×入院日数	15	35,400 + 500(650)×入院日数※1	
市町村民税 非課税	世帯非課税				24,600 + 500×入所日数	29	24,600+ 500(650)×入院日数※1	16	72,300 + 医療費1%(※2) + 780×入院日数 (40,200)	
	本人非課税				43					
所得税 非課税	市町村民税のうち 均等割のみ課税	0	0	更生・授産 53,000 (入所3年 未滿は 32,000)	37,200 + 780×入所日数	26	40,200 + 780×入院日数 課税所得 124万以上 72,300 + 医療費1%(※2) + 780×入院日数 (40,200)	57	72,300 + 医療費1%(※2) + 780×入院日数 (77,200)	
	市町村民税のうち 所得割課税	53,000 (入所3年 未滿は 32,000)								
課税	療護 96,000	—	—							
実効負担率	9.2%(H15)		11.8%(H15)		10.3%(食費込・H14)		8.7%(食費込・H14) ※3		20.6%(食費込・H13) ※3	

※1 500円は直近1年間の入院期間が90日超の場合であり、650円は直近1年間の入院期間が90日以下の場合である。

※2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000又は466,000円)

※3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

<各制度の利用者負担の比較(公費負担医療等)>

各制度の利用者負担の比較(公費負担医療等)

区分	精神障害者通院公費(平成15年度月平均受診者数:約76万人)		更生医療(平成15年度受給者:約83万人)		育成医療(平成15年度受給者:約5万人)		健康保険制度	老人保健制度	
	金額(円)	分布(%)	金額(円) (下線は通院の場合)	分布(%)	金額(円) (下線は通院の場合)	分布(%)	2割又は3割 (数字は上限額) +食費の標準負担額	金額(円)	分布(%)
生活保護受給等					0	0.5		15,000+	15
市町村民税 非課税	世帯非課税		0	33.9	2200 (1,100)	10.0	35,400+	300×入院日数	16
	本人非課税						500(650)×入院日数※1	24,600+	500(650)×入院日数※1
所得税 非課税	市町村民税のうち 均等割のみ課税	医療費 の5% (月額 負担は 医療保 険で対 応)	4,500 (2,250)	10.4	4,500 (2,250)	5.9	72,300 + 医療費1%(※2) + 780×入院日数 (40,200)	40,200 + 780×入院日数	57
	市町村民税のうち 所得割課税		5,800 (2,900)	5.2	5,800 (2,900)	7.0		課税所得124万以上	
課税			6,900 (3,450)	50.5	6,900 (3,450)	76.5	月収56万以上 139,800 + 医療費1%(※2) + 780×入院日数 (77,700)		72,300 + 医療費1%(※2) + 780×入院日数 (40,200)
			金額		金額			金額	
実効負担率 (平成15年度)	5%		0.8%(食費込・H14)		13.5%(食費込・H15)		20.6% (食費込・H13) ※3	8.7% (食費込・H14) ※3	

※1 500円は直近1年間の入院期間が90日間超の場合であり、650円は直近1年間の入院期間が90日以下の場合である。

※2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保険制度 361,500円、健康保険制度 241,000円又は466,000円)

※3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

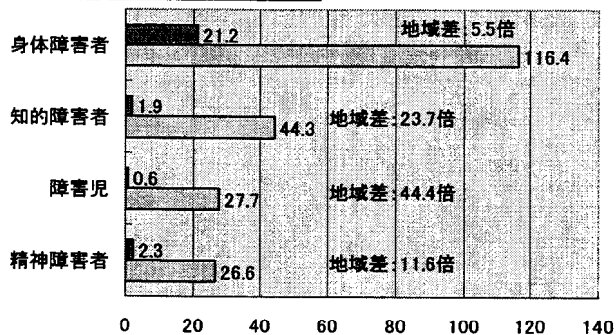
<ホームヘルプサービス利用の地域差(都道府県比較)>

○ サービス利用のすそ野の広がり(普遍化の度合い)の差異

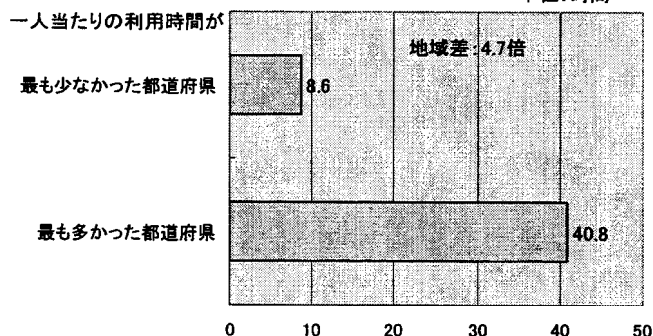
○ 一人当たりの利用時間の差異

■ 最も利用が少なかった都道府県
□ 最も利用が多かった都道府県

単位:人(10万人当たり)



単位:時間



【見直しの具体的な内容】

1) 福祉サービスに係る応益的な負担の導入

- 契約に基づきサービス量を決定する仕組みであること、またサービスの利用に関する公平を図る観点から、サービスの量に応じて負担が変わる応益的な負担を導入し、利用額に応じ、利用者がサービス事業者を支払うものとする。負担率については、適切な経過措置を講じつつ、他の同様の制度における負担率を勘案して設定するものとし、これに併せて扶養義務者の負担は廃止する。
- 応益的な負担の導入に併せて、家計に与える影響等を勘案し、一定の負担上限(毎月)を設定する。当該負担上限額については、他の同様の制度における上限額を勘案して設定するものとし、他制度と均衡を図りつつ、負担能力の乏しい者については低い負担上限額を設定する。
- 上記の措置によっても、利用に係る負担をすることができない者については、個別の申請に基づき、生計を一にする家族の負担能力を勘案し、減額できる仕組みを導入する。なお、生計を一にする家族の範囲については、支援費制度や他制度の仕組みも踏まえて検討する。

2) 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し

- 入所施設利用の場合と地域生活する場合との費用負担の均衡を図るため、入所施設利用中の医療費(障害に係る公費負担医療制度の対象となる場合を除く)、食費、日用品費については、自己負担とする。また、個室利用(症状等から個室利用が不可欠な場合を除く)に係る施設利用料や長期入所など施設が生活の場となっている場合の施設利用料についても自己負担とすることを検討する。
- なお、負担能力の乏しい者に係る食費、施設利用料については、他制度との均衡を図りつつ、別途、負担軽減措置を検討する。

3) 障害に係る公費負担医療の見直し

- 精神通院公費、更生医療及び育成医療といった障害に係る公費負担医療制度は、福祉サービス等の基礎的なサービスとは異なり、基本的には医療保険に係る自己負担分を軽減する仕組みとして機能しており、制度運営の効率化、財源配分の重点化の観点から、現行制度を見直す。
- 具体的には、医療保険制度で行われている低所得者対策や長期疾病対策等を基礎に、制度の対象を、負担能力の乏しい者、重度障害のため長期療養により継続的な費用負担が発生する者等に重点化し、利用者負担については、福祉サービスに係る負担の見直しと同様に、応益的な負担を基本とし、一定の負担上限額を組み合わせる仕組みに統一する。また、原則として、入院患者の食費については自己負担とし、負担能力のない者については、別途、負担軽減措置を検討する。
- 精神通院公費については、他の公費負担医療と同様に指定医療機関制度を導入する。

4) 国・都道府県の補助制度の見直し

- 個別給付に係る国・都道府県の補助制度については、利用者負担の見直しや制度を維持管理する仕組みの強化等の制度的課題を解決することを前提に、次のような見直しの検討を進める。
 - ① 国、都道府県が義務として支弁する仕組みとし、利用状況に応じて一律に支払う分と、地域間格差を調整しつつ国、都道府県全体として均衡のとれた整備を促していくために使用する分（調整交付金）で構成する。
 - ② 都道府県は、障害保健福祉サービス提供体制の計画的な整備等を責任を持って進めていくため、障害種別、実施主体、サービスの種類等に関わらず、統一的に負担を持つものとする。
- 利用状況に応じて一律に支払う国及び都道府県の額については、障害程度区分ごとに設定される標準的な費用額に利用者数を乗じて算定される額を上限として、実際に要した費用額の一定割合とする。なお、標準的な費用額については、定期的に見直す。
- 個別給付の調整交付金については、重度障害者の偏在の調整、サービス提供が遅れている地域の支援、サービスの質の向上の取り組みや効果的なサービスの提供を促す等の観点から、具体的な指標等を明確にして、国は都道府県間の調整を行うものとし、都道府県は国からの調整交付金と都道府県の一定の負担を用いて市町村間の調整を行うものとする。