

社会保障審議会障害者部会おける意見要旨

平成 18 年 2 月 9 日

財団法人 日本知的障害者福祉協会
会 長 小 板 孫 次

○就労継続事業（非雇用型）の指定基準

- ・平均賃金が工賃控除程度（3,000 円？）の水準を上回ることを要件とすることについて

利用実績払い（日額払い方式）に伴い、利用者により利用日数が異なる状況となり、利用者数そのものが増加することが想定されるなかで、単純に工賃総額を利用者数で除した場合、3,000 円を確保することは困難と考えられる。よって、工賃総額を平均実利用人員で除す必要がある。

○施設入所支援における利用者の入院又は外泊に対する報酬上の取扱い

- ・利用者の日常生活の場の確保の観点から一定期間居室が確保されるよう、報酬上評価することについて

住まいの場として相応しい安定的かつ質の高いサービスが提供できるよう、報酬が確保される必要がある。また、直接的サービスのみではなく間接的サービスに対しても配慮すべきである。（特に、サービス管理責任者の業務が評価に含まれないことは論理的に矛盾がある。これは、通所関係事業やケアホーム・グループホームにおいても同様である。）

○グループホーム・ケアホームにおける小規模事業者に対する経過措置

- ・小規模な事業者でも最小限の夜勤と世話人を確保できるよう経過的な加算を行うことについて

サービス管理責任者の確保においても、小規模事業者に対しては配慮措置を講ずる必要がある。

○障害児施設の取扱いについて

- ・利用契約制度の導入について

特に入所施設において、利用契約になじまない措置制度の対象となる児童が多く想定されるところから、その対象範囲や手続き等十分な検討が必要である。

- ・利用者負担の見直しについて

今回の見直しに伴い、保護者の負担が激増する恐れがある。十分な配慮措置を講ずる必要がある。

- ・利用実績払い（日額払い）に伴う入院又は外泊に係る給付費の取扱いについて

安定的かつ質の高い障害児福祉サービスが提供できるよう給付費が確保される必要がある。特に、同サービスにおいて家族支援や学校等との連携・調整などの間接的なサービスが重要であり、これらに充分配慮する必要がある。

社会保障審議会 障害者部会
座長 京極 高宣 様

グループホーム・ケアホームの設置に関する提言とお願い

委員 北岡 賢剛

昨年5月より、「新しい居住支援を考える会」(任意の会)では、これまで5回にわたり話し合いを行ってきました。以下に最終提言案をまとめましたので、よろしくご検討、御配慮のほど、お願い申し上げます。

提 言

(1) グループホーム・ケアホーム(以下グループホーム等と略す)の規模等について

グループホーム等は、本来地域の中で、一般的な市民生活と同様の規模で運営されるものである。

- ① その大規模化により、入所施設や病院がそのままグループホーム等に転用されることを防ぐため、生活の単位は10人までとし、2ユニットを上限とする。
- ② 居室は個室とする。
- ③ ユニットごとに、生活単位として必要な一定の基準を定める。

(2) 病院、入所施設の敷地内にグループホーム等を許可する条件について

グループホーム等は、入居者が地域社会の一員として、地域の様々な人たちと関わりながら暮らす場であり、原則として病院等の敷地内にグループホーム等を設置すべきではない。この原則を明らかにした上で、以下の条件を満たす場合のみをその特例として敷地内設置を認める。

- ① 「移行型グループホーム」など敷地外のグループホーム等とは区別できる名称とし、誰にもわかるようにする。
- ② 地域移行へのステップとして位置づけ、その対象者ごとに地域移行の個別支援計画を作成し、移行までの入居期間は最長2年とする。
- ③ 地域移行にあたっては、移行するエリアの委託相談支援事業者及びその地域自立支援協議会と共同して取り組むことを明確にし、地域生活が確保されないままでの地域移行は認めない。
- ④ 日中は敷地の外に通所又は通勤するものとする。
- ⑤ 敷地内にグループホーム等を新築することは認めない。
- ⑥ 敷地内のグループホーム等は病院や施設の定員・定数としてカウントする。

- ⑦ 精神病院長期入院の医療費逓減を避けるために病院とグループホームのロケーションが行われることがないように何らかの防止策をとる。
- ⑧ 利用者が自由に外部に出入りできる建物とし、利用者が可能な限りその運営に参画できるように配慮する。
- ⑨ サービス管理責任者は利用者又はその法定代理人と協議の上個別支援計画を策定し、地域移行に必要な各種のサービスを実行すると共に、モニタリングをおこなう。
- ⑩ その他、生活の単位や個室条件など、敷地外のグループホームの条件を下回ってはならない。

(3) グループホーム等入居者の日中のホームヘルプサービスの利用について
グループホーム等入居者は、平日の昼間は日中活動の利用ができることとなっている。入居者の体調が悪く、通所せずホームに残った場合、ホームヘルプサービスを使うことは二重給付とはならないはずであり、このような場合のホームヘルプ利用は認めるべきである

(4) 行動援護の利用について

グループホーム等入居者の移動支援の利用は、市町村が判断することになるが、グループホーム入居者が移動支援を利用できるようになっても、ガイドヘルパーでは対応困難であるために創設された行動援護の対象者は、外出時の支援がない状態となってしまう。行動援護については、グループホームの入居者も使えるようにするべきである。

(5) 日額払い（実績払い）について

グループホーム等についても実績払いにしているが、実績払いであるならサービスを提供している場合は当然報酬の対象とすべきである。障害が重く、慣れた人が援助をしないと困難な人は、外泊や旅行する場合もグループホームのスタッフが援助する必要がある場合もある。また入院時は、基準看護で付き添いはいらぬ建前であっても、付き添いを求められる場合も多く、付き添わないと入院できない場合もある。そのようにグループホーム外であっても、サービスを提供せざるを得ない場合、それを実績と認めるべきである。

(6) 一法人グループホーム等の場合について

入居者一人一人の障害程度区分に応じて職員配置基準が決まり、事業者全体でその基準をクリアすればいいという形になった場合、一定以上の規模でないと運営が立ちゆかなくなる恐れが生ずる。制度変更により運営が立ちゆかなくなるホームがでないよう適切な措置を講じる必要がある。

二

(7) サービス管理責任者について

新設されるサービス管理責任者は、個別支援計画の策定・実行・モニタリングや地域交流や地域移行支援といった重要な役割を担い、新制度の成否は、サービス管理責任者にかかっていると言っても過言ではない。管理責任者が有効に機能できるような配置基準とすべきである。今回定められるであろう配置基準については、その有効性についての検証をおこない、すみやかに適正な配置基準とすべきである。

(8) グループホーム等の職員の研修について

新しい制度にふさわしい職員体制を取るためには、サービス管理責任者や夜勤職員を含む支援者の研修体制が肝要である。新しいグループホーム等のガイドラインのテキスト作成と共に、それを使った研修システムを構築し、一定の研修を義務づけることが望ましい。

以下考える会の氏名

大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
門屋 充郎	社会福祉法人慧誠会 帯広ケアセンター所長
北岡 賢剛	滋賀県社会福祉事業団 理事
北野 誠一	東洋大学教授
久保 洋	全国グループホームスタッフ・ネットワーク
小林 繁市	伊達市地域生活支援センター 所長
副島 宏克	因島であいの家 常務理事 総合施設長
曾根 直樹	ひがしまつやま市 総合福祉エリア 施設長
田中 正博	全国地域生活支援ネットワーク 代表理事
戸枝 陽基	NPO法人ふわり 理事長
野沢 和宏	毎日新聞社 編集局社会部 副部長
深田 哲士	鳥取厚生事業団 羽合ひかり園 園長
福岡 寿	社会福祉法人高水福祉会 常務理事
宮代 隆治	社会福祉法人さざんか会 理事長
室津 滋樹	日本グループホーム学会 代表

平成18年2月9日

社会保障審議会 障害者部会
部会長 京極 高宣 殿

社団法人 全国脊髄損傷者連合会
理事長 妻屋 明

障害者自立支援法の施行に関する提言

1 重度訪問介護の報酬基準について

重度全身性障害者がホームヘルプを利用する場合、事業所からきちんとしたサービスを受けるためには、事業所がヘルパー人件費に加えて、それと同額以上のサポートのための人件費等(利用者に対して毎日のように精神的援助や自立生活の技能の援助、毎週おこるトラブル対応、ヘルパーに対して精神的サポートや個別研修、支援担当者会議、これらのサポートを行うベテラン職員の育成コストなど)が必要になるそうである(→全脊連資料)。長時間の介護利用者であればあるほどこのようなコストが多く必要となる。

ヘルパー人件費と通常管理費用だけでは、利用者は劣悪なサービスしか受けられず、自分で介護者の管理ができる数パーセントの全身性障害者しか地域で暮らせなくなってしまう。

また、介護時間が長ければ長いほど重度になり、介護方法が極めて高度で専門的になるので、ベテラン常勤職員を確保してもらうためには相応のヘルパー人件費が必要となる(→厚労省資料1のp11)。

このため、利用者は、支給決定を受けたとしてもなかなかサービスを提供してもらえない事業所を見つけれない状態が続いている。その理由として、現行の日常生活支援単価でも赤字の事業所が多く、日常生活支援に参入しない事業所が多いためだと聞いている。

提言①4月の単価改定では、日常生活支援単価を大きく引き下げるべきではない。

また、10月からは「重度訪問介護」として、「日常生活支援」だけでなく「移動介護(身体介護を伴う)」も一部統合される。それにもかかわらず重度訪問介護が日常生活支援の現行単価のみを基準に報酬が設定されてしまうとすれば、現行の移動介護を利用する全身性障害者も含めて、いま以上に多くの人々が事業所から敬遠されてしまう。

提言②重度訪問介護の現行単価を

$\frac{\text{「身体介護を伴う移動介護」}(1時間4020円) \times 30\% + \text{「日常生活支援」}(1時間1800円) \times 70\%}{100\%} = 2,470円$
(1時間)

とみなし、そのうえで1%の引き下げを行うべきである。

2 国庫補助基準について

平成14年の新障害者基本計画は障害者の地域生活を国是として打ち出している。障害者自立支援法での居宅サービスの義務的経費化もその具体化である。それにもかかわらず、居住系サービスは自治体が単独で負担することがないのに対し、訪問系サービスは最初から1割の自治体に単独負担を強いることを前提に報酬水準が設定されている(→厚労省資料1のpp15-6)ことが問題である。

これでは、単身等の最重度障害者をヘルパー制度(重度訪問介護)で支援した市町村は国庫補助が満額受けられず、一方、療護施設で支援した市町村は満額国庫補助を受けられる。現在の案ではヘルパー制度のみに国庫補助基準が設定されているので、市町村は最重度障害者に対して居宅支援ではなく施設支援の施策を進めてしまう。これは大きな問題である。

また、現時点での国庫補助基準案では、同じ「支給決定基準」をもつ2つの市町村の間でも、1人暮らし障害者の比率の高い市町村の方が国庫補助を満額受けられないという問題がある。

提言③1人暮らしの最重度障害者のヘルパー制度(重度訪問介護等)については、入所施設と同様に、全額を国庫補助の対象とするべきである。

例: 秋田県は県民1人当たりの居宅系予算が全国で最も少ないが、入所施設予算は多い(全国で2位)。逆に大阪府は1人当たりの居宅系予算が全国で最も多いが、入所施設予算は少ない(同44位)。施設と居宅系の合計で比べると大阪府の方が1人当たりの予算は少ない。市町村間でもこれと同様に施設とヘルパー予算割合の不均衡があり、「施設系+居宅系」の合計予算が少ないにもかかわらず、ヘルパー予算が多くて国庫補助が全額受けられない市町村がある。

3 ヘルパー資格による報酬減算について

重度の全身性障害者(頸髄損傷やALS等)は介護技術が極めて高いヘルパーによる支援が必要である。ところが、介護技術の高いヘルパーが、日常生活支援の資格のほかに3級ヘルパーを持って重度全身性障害者の身体介護のサービスを提供した場合、介護報酬が減算されてしまい、熟練したヘルパーのなり手がいなくなってしまう。

提言④重度の全身性障害者の介護現場経験が十分(130時間以上)であるヘルパーの場合、重度者への居宅介護において3級ヘルパー減算を行うべきではない。

以上

《全脊連資料》都内のNPO法人A提供:頸髄損傷の24時間介護利用者Bさんの支援内容(1日24時間のケース)

利用者&介護者フォロー経費 8月

支援スタッフ名	新人コーディネート	介護者研修	会って介護者フォロー	電話で介護者フォロー	会って利用者フォロー	電話で利用者フォロー	マニュアル作り	介護内容を決める	GMとコーディネーターとの打ち合せ
y	h m	h m	h m	h m	5 h m	h 50 m	h m	29 h 20 m	3 h 30 m
gm	h m	h m	3 h m	h m	3 h m	2 h 10 m	h m	h m	3 h 30 m
k	14 h 20 m	h m	h m	1 h 15 m	h m	h m	h m	21 h 40 m	4 h m
t	7 h 30 m	h m	h m	0 h 50 m	h m	h m	h m	21 h 40 m	h m
合計	21h 50 m	h m	3 h m	2 h 5 m	8 h m	3 h m	h m	72 h 40 m	11 h m
金額	¥58,080		¥7,980	¥5,764	¥21,280	¥7,980		¥193,296	¥29,260

8月合計
¥323,640

利用者&介護者フォロー経費 9月

y	h m	h m	h m	h 30 m	h m	1 h 30 m	32 h 30 m	4 h 30 m	11 h 10 m
gm	h m	h m	3 h m	h m	3 h m	2 h 10 m	h m	h m	3 h 30 m
k	7 h m	8 h 10 m	h m	1 h 45 m	5 h 10 m	h m	h m	6 h 15 m	9 h 40 m
t	30 h 10 m	h m	h m	2 h 30 m	h m	h m	h m	6 h 15 m	14 h 30 m
合計	37 h 10 m	8 h 10 m	3 h m	4 h 45 m	8 h 10 m	3 h 40 m	32 h 30 m	17 h m	38 h 50 m
金額	¥98,864	¥21,724	¥7,980	¥12,860	¥21,724	¥9,756	¥86,452	¥45,220	¥103,300

9月合計
¥407,880

¥2,660/1時間 (職員経費を含む時間単価)

基本間接経費(月額)					合計
支援費請求事務	介護料計算14人分	報告・検討会議	コーディネーター会議	新人面接・研修	
h 30 m	3 h m	3 h m	1 h 30 m	50 h m	
		(1回40分×4.3回)	(1回20分×4.3回)	二人対応・講師謝礼含	
		参加者17人分	参加者14人分		
¥1,330	¥7,980	¥135,660	¥55,860	¥138,000	¥338,830

介護者人件費関係	
基本人件費	¥900,000
賞与	¥108,000
法定福利費	¥180,000
厚生福利費	¥45,000
交通費	¥40,000
合計	¥1,273,000

※24時間×30日の時給で換算したヘルパー人件費合計

	8月	9月
介護者フォロー経費	¥323,636	¥407,868
基本間接月経費	¥338,830	¥338,830
介護者人件費	¥1,273,000	¥1,273,000
本部管販費、GM・M・コーディネーター	¥500,000	¥500,000
1ヶ月の総合計	¥2,435,466	¥2,519,698

- 重度全身性障害者の長時間介護は極めて高度なスキルを必要とし、障害者特性により介護内容も大きく異なる(長時間の介護を要する者であればあるほどこの傾向が強い)。介護ができるまでに半年から1年の期間を要する。このため、ベテラン常勤ヘルパーが不可欠である。
- 先天性障害者は、重度であればあるほど子どものころから自己決定や他人との関係のとり方、社会生活の方法などの社会経験を奪われており、介助以外のさまざまなサポートも同時に受ける必要がある。最重度の中途障害者は、その壮絶な経験から全身性障害と精神障害の重複障害者となる例もあり、そうでない場合でも、重度者の中には介助者との人間関係を形成できないケースもある。適切なサポートを利用者とヘルパーに行わないと、ヘルパーが精神的なダメージを受けて離職し、ヘルパーが不足していく事例も多い。
- このため、重度障害者が地域で暮らしていくためには、利用者が当事者団体や事業所から精神的サポートや生活面のサポートを受けたり、事業所にヘルパーのサポートを依頼したり、利用者個人に対応した高度な介護方法をヘルパーに対して研修してもらったりすることが欠かせない。
- にもかかわらず、日常生活支援の事業者を見つけることが困難なのが現状である。なぜなら、長時間のサービス類型(日常生活支援)は報酬単価が安く、日常生活支援に参入しない事業者が多いためだと聞いている。

(注)GM→利用者に対してピアサポートや

ILプログラムやトラブル対応を行い、ヘルパーへの精神的サポート・理念研修などさまざまなも行うベテラン常勤職員、管理者など
コーディネーター→サービス提供責任者の中でもベテラン常勤職員。ヘルパーへの技術サポート、精神的サポート、理念サポート、利用者へのさまざまなサポートなどを行う

障害者自立支援法の居住支援施設の設置、運用についての考え方

社団法人 日本精神科看護技術協会

- 障害者自立支援法において「居住支援サービス」（ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム）は“住まいの場”として位置づけられている。したがって「施設への入所（精神障害者の場合は入院を含む）」とは、立地条件（施設・病院内ではない）及び、その規模（少人数）において同一視されるべきではないという考え方で検討してきた。
- これまでの厚生労働省資料では「居住支援施設」は、「施設への入所」又は「居住支援サービス（ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム）」と明記されているが、施設・事業体系の見直しは「24 時間を通じた施設での生活から、地域と交わる暮らしへ（日中活動の場と生活の場の分離）」、「入所期間の長期化など、本来の施設機能と利用者の実態の乖離を解消」となっている。この考え方は、「障害者にも新たな生活環境を提供して希望をもって生きていくことをめざすことを保障する」ことであると認識できる。
- すでに病院経営者においても利用者の意向を踏まえてグループホーム等は「居住施設」ではなく、医療提供者が設置するとしても「住まいの場」として捉えて設置をしている病院がある。その設立の過程では、地域への理解を求める説明など幾多の困難を乗り越えて病院の敷地外に作ってきているという「運営理念と経営努力」の成果がある。
- したがって新規のグループホーム等は、法律の精神と現実的な対応を踏まえて施設・病院との同一施設内に設置するべきではない。むしろ既存のグループホーム等（特にケアホームに移行が想定されている福祉ホーム B 型）は施設・病院等の敷地内の立地条件にある場合、施設・病院との明確な差異（例えば地域移行期間の限定）を明らかにするための規定を設けることを検討しなくてはならないのではないか。
- 平成18年2月9日付「障害福祉サービスの基盤整備について―障害者福祉計画の「基本方針」―では、冒頭の障害福祉サービスの基盤整備において（1）基本的考え方を示している。ここでは、3. グループホーム等の充実を図り、施設入所・入院から地域生活への移行を推進と明記しているにもかかわらず、一方では目標の達成に向けて（その2）において「入所施設等が定員を削減しグループホームへの転換等に併せて建て替えを行う場合、精神科病院が病床を転換して退院促進のための施設を設置する場合などについて、重点的に施設整備への助成を行うなどの方策を講じる」としている。これは障害者自立支援法の創設目的である「規制緩和」「身近なサービス」など期待されている多様な展開に反することになり、新規の参入障壁となるのではないか。

平成 18 年 2 月 9 日社会保障審議会障害者部会意見

武田 牧子

1. 基準報酬の設定に関する考え方

- ①規制緩和では、地域の空き教室や商店の活用などが謳われていますが、地域の実態としては、それを阻む他省庁や自治体の規制がいくつもあります。ぜひ、市町村に資源活用が最大限図れるように協力を仰いでくださるようお願いします。
- ②円滑な移行の推進では、一時的な事務系等の加算が謳ってありますが、移行後も継続的な事務量が発生します。ぜひ、現場が事務に追われて利用者支援に支障をきたさないように、サービス管理責任者配置コストなどに、総務費（事務費、維持管理費）等の間接的経費を盛り込んでくださるようお願いします。

2. 訪問系サービスについて

- ① 精神障害者の行動援護は、常時介護を有する場合だけではなく、急に調子を崩した時など、一時的に行動援護が必要となります。タイムリーな行動援護等の訪問により、危機を脱し、無用な入院を防ぐこととなります。ショートステイと同じく、日常的でない状態悪化時における訪問系サービスを盛り込んでください。
- ② 就労移行支援事業と労働施策の連携
雇用促進法の改正等、障害者が働ける環境整備は一定の前進があり、自立支援法で強化されることは待ち望んだことです。しかし、まだまだ利益追求のみの企業が多いのが現実で、意識は高いとはいえません。企業の社会貢献として、障害者雇用がさらに推進されるよう、経産省や、国土交通省、経団連に働きかけてください。「障害者が働きたいと願っている」「障害者も働ける」こと「障害者も経済活動に参加し、社会貢献ができることをさらに啓蒙し、雇用率を達成した企業への報奨金の引き上げと、達成しない企業の雇用納付金を引き上げることも検討してください。
- ③ 就労移行支援事業と労働施策の連携
労働との連携だけでなく、教育との連携もさらに推進してください。特に養護学校において、卒業後を念頭に置いた教育が実施されるよう盛り込んでください。

3. 地域移行型ホームについて

「新しいサービスに係る基準・報酬について」就労移行支援事業のポイント 3（31 ページ）で精神障害者の退院促進の項で、○精神病院からの病棟転換を行い・・・とありますが、病院敷地内の病棟を転用することを安易に行うことは、将来に禍根を残すこととなります。

病床削減はわが国の精神医療の質の向上とリンクした長年の命題であり、急務です。

しかし、そのことと、病棟転換を一緒に論じることは、民間精神病院救済策でしかありえませんし、患者の権利を奪いかねません。障害者自立支援法が、地域福祉事業者や病院経営者の救済策であってはならないと思います。

病床削減と同時に、順次精神化特例を廃止し、他の疾患と同程度の質の高い医療が提供できるように、医師、看護、薬剤等の基準を引き上げていただき、良質の医療を提供し、それでも余剰人員が発生する場合は、地域でその人材が活躍し、精神障害者が医療だけに囲われる呪縛から解放され、且つ良質の精神病院の経営が成り立つような医療の視点からの方策を講じてください。

49 ページ長期入所・入院からの段階的移行の推進において「地域移行型ホーム」と

して、グループホームとの違いを明確にされたことは、苦肉の策と思います。50 ページに具体的基準が挙げられ、4つ目の○において「居住サービスが不足する地域に限定」とあります。居住サービスが充足していると言える地域が無い中で、このような表現のあり方は、都道府県知事はすぐに認めざるを得ないでしょう。

4. 地域移行ホーム (44 ページ) において、4つの条件がつけられていますが、この評価を誰が行うのでしょうか。必ず大阪の人権医療センターのような、地域の第三者機関が評価できる仕組みを同時に組み入れてください。上記日中活動の項で述べたように、経過措置として時限立法として大きな制限を設けない限り、将来に禍根を残します。経過措置として病棟転換活用を図る場合において、情報公開がなされていること、地域に開かれた病院訪問などを受け入れる病院に限定してください。

※で利用者本人の理解と同意が前提とありますが、長い間病院に入院している患者さんの一部は、地域に移行することへの大きな戸惑いがあることも事実です。大きな不安を取り除くために、当事者による病院訪問などを利用しつつ地域に暮らす方たちと交流を重ね、患者さんに十分なインフォームドコンセントを行い、人生を取り戻せることを患者さんが納得し受け入れられるように徹底してください。

残念なことに、「障害福祉サービスの基盤整備について」の9ページ「5.障害福祉計画の目標の達成について(その2)」の○二つ目「特に・・・精神化病院が病床を転換して退院促進のための施設を設置する場合などについて、重点的に施設整備への助成を行う」とありますが、これは言語道断と考えます。これだけ財源が無い中で、利用者も一割負担を甘んじて受け入れたのは、これまで支援を必要とする方に支援が行き届く仕組みが無かったからであり、地域生活が拡充する方向性にあるからです。

地域での資源を有効に活用すると謳っているが、この項は余りにも矛盾をはらんだ項目ではないでしょうか。勿論経過措置として、病床転換を限定した期間利用することは極限的にあるとしても、長期入院によって得てきた利益を還元できるはずで、補助金で施設整備を行ってしまえば、そこを有効に使おうとするのは、経営者の常です。病院のアメニティの改善と療養環境改善を図ることが医療経営者の義務ではないでしょうか。

参考資料にあるように、事例5大阪での取り組みを、全国で展開できる仕組みを構築してください。限られた財源を病棟転換の施設整備に回すのではなく、その財源は地域のグループホームなどのアメニティ改善や、防火防災対策などの施設整備費に充当してください。

第30回社会保障審議会障害者部会における意見について

千葉県知事 堂本 暁子

障害者福祉サービスに必要な社会資源は地域によりまちまちであることから、国が新サービスに係る基本的な考えや基準を示すとしても、地域の状況に応じ都道府県や市町村が必要なサービスを確保できるよう裁量の余地を認めていただきたい。

例えば、

- ・日中活動の最低定員については、雇用型の就労継続支援以外の事業も地域の実情に即して10人から実施可能とすること。
- ・障害児デイサービスについては、受入施設が不足している現状を踏まえ、3年後の障害児施策見直しまでの間、新規指定も含め都道府県が指定の扱いを弾力的に行うことを可能とすること。