

# 障害者の地域生活における課題分析

## — 重度訪問介護の支給決定からみる要因分析 —

森 裕 司

キーワード：重度訪問介護、地域格差、障害者総合支援法、地域生活

### 1. はじめに

障害者総合支援法の重度訪問介護は、他の障害福祉サービスと比較し、利用が進まない現状がある。中根（2012）による重度訪問介護の支給決定に関する調査によると支給決定したサービス時間と実際の利用時間には差があり、消化率は平均 7 割であることが示されている。

また、利用に関する地域差が大きく（京都新聞 2019）京都府が 2017 年度の利用実績を市ごとにとりまとめたデータによると、京都市では 324 人、綾部市、舞鶴市はいずれも 0 人であった。重度訪問介護は 24 時間切れ目なくヘルパーを派遣し地域生活の自立性を高めるサービスであるが、この利用が地域によって進んでいない。この原因としては、重度訪問介護の事業所が地域によって不足していることである。

厚生労働省が 2018 年の在宅障害者向けの事業所 1083 か所を実施した調査では、ほぼすべてが居宅介護を提供しているが、重度訪問介護を提供している事業所は約 7 割。そのうち重度訪問介護のみ行っている事業所はわずか 0.4% という結果であった。

参入が進まない大きな要因として、報酬単価の低さがあげられる。1 時間あたり 185 単価と低く、居宅介護支援の 393 単位と比較すると居宅介護支援の半分の報酬単価に留まっている。

中途重度障害者がこれまでの生活を維持するため、住み慣れた地域で生活を始めたいと希望したとしても、重度訪問介護の事業所がない地域もあり、サービス提供の目途が立たずに市によっては重度訪問介護の支給決定を出さない自治体もある。それは、

財政上の問題が大きいのか、それとも、地域における障害者意識の差であるのか、それぞれの地域の特徴が支給決定に影響を及ぼしているのではないかと推測する。

特に市区町村の財政事情については、検討したい。国庫負担基準では、訪問系サービスは他の障害福祉サービス同様、国が50%、都道府県・市区町村が25%の負担率となっているが、国庫負担基準を超えたサービスについては、該当の市区町村を超えた部分を持ち出しすることとなる。つまり、重度訪問介護1日あたり8時間を超える支給は、原則として市町村が基準負担割合である25%を超えて負担することになることから、支給量の増加は保険者の財政に大きな影響を与える。

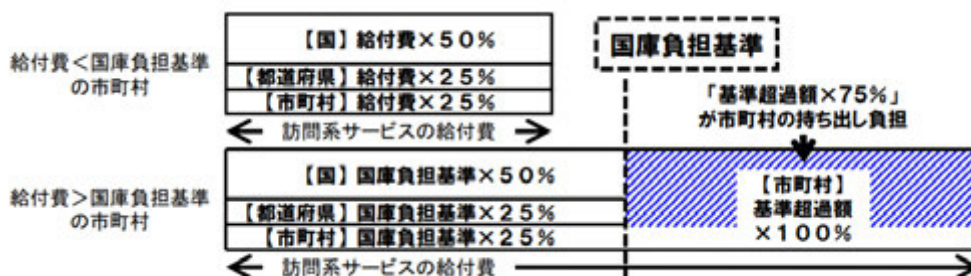


図1：障害福祉サービスにおける国庫負担基準超過額について

障害者の意向にそって計画されたサービス申請時の利用希望時間と市区町村が決定する支給決定時間には、必ずしも一致するとは限らず、乖離が起きた場合、障害者と市区町村の訴訟まで発展したケースもある。大阪芝の会などの活動から全国に広がった日本型IL（自立生活：Independent Living）運動が活発に行われた地域では、重度障害者の地域生活と支給決定に及ぶ利用促進に影響を与えていることも考えられる。また、ALSなどの神経難病の専門医がいる医療機関の周囲に、神経難病患者が転居してくることもあるとされる。

以上のことから、本レビューにおいては、神経難病医療機関がある市区町村の支給決定量を分析し、重度訪問介護の支給決定に影響を与える要因を明らかにしていきたい。

## 2. 研究目的と方法

### 2-1. 研究の目的

本研究では、重度訪問介護の支給決定に影響を与える要因と、重度訪問介護の利用

が進んでいる地域の特徴を明らかにし、重度障害者を支える地域づくりのための要件を明らかにすることを目的とする。

## 2-2. 研究方法

市区町村が、重度訪問介護に対して、どの程度の支給決定をしているのか、その要因を調査するため、市区町村毎の受給決定者数、受給決定時間、サービス受給時間等のデータを比較した。

これらの結果から、重度訪問介護の利用が進んでいる地域の特徴を明らかにし、その背景を考察する。その上で、利用時間の多い市区町村と少ない市区町村の財政状況を比較する。また、地域の医療体制（ALSなどの神経難病医療機関数）と利用時間を分析し、その関連性を検討する。

また、重度訪問介護を利用している障害者2人へのケーススタディを通じて、地域の障害者運動（自立支援への要望）が支給利用時間に影響を与えているのかを明らかにした。

上記の地域の支給決定量・財政状況および地域でサービスを利用するヒアリング内容より、重度障害者を支える地域づくりのための要件（何が必要であるか）を検討する。

調査データ掲載にあたり、利用者が少ない自治体によっては利用者の特定につながる恐れがあるため、本調査では、さいたま市以外の市区町村名を明らかにせず、匿名化された市区町村名で記載する。

## 3. 埼玉県の現状分析

### 3-1. 市区町村別の重度訪問介護利用時間の概要

2020年3月の埼玉県における重度訪問介護の利用時間の一覧は表1の通りである。利用者の多くは、さいたま市（政令指定都市）での支給決定を受けていることがわかる。上位のさいたま市69人、F市25人、C市およびAE市は同利用人数の20人であるが、1人当たりの利用時間の上位はさいたま市439.8時間、C市406.3時間、AE市は140.3時間であった。さいたま市は人数、平均利用時間ともに最も多いことがわかった。標準支給時間の240時間を超えているのはさいたま市からD市までの16市まで、一方で重度訪問介護の利用がなかった市区町村は3市16町であった。

表1 市町村別 重度訪問介護支給時間と利用者数

市町村	利用人数	1人当たり 平均利用時間	市町村	利用人数	1人当たり 平均利用時間
さいたま市	69	439.8	J	4	74.5
C	20	406.3	BD	1	57
W	2	385.5	O	13	55
M	3	382.7	AT	1	36
AL	1	377	S	3	35
K	8	332.3	AG	2	32.5
X	17	323.9	E	3	26
L	12	307.4	T	1	8
A	12	302.4	I	1	1
AC	7	297.1	AB	0	0
G	1	285	AH	0	0
Q	7	283.9	AJ	0	0
R	16	278.8	AN	0	0
B	17	272.8	AO	0	0
P	5	249.2	AR	0	0
D	16	241.8	AS	0	0
U	6	236.5	AU	0	0
AD	2	235.5	AV	0	0
Y	2	212.5	AW	0	0
N	12	208.6	AX	0	0
AM	3	190.3	AY	0	0
AZ	2	178	BA	0	0
AF	2	174	BB	0	0
F	25	173	BC	0	0
V	2	167	BE	0	0
Z	6	158.7	BF	0	0
U	3	153.3	BG	0	0

AE	20	140.3	BH	0	0
H	2	107.5	Bi	0	0
AI	1	105	BJ	0	0
AA	3	94	BK	0	0

### 3-2. 重度訪問介護利用時間と市区町村財政の比較

2020年3月の埼玉県における重度訪問介護の利用時間と2020年度一般会計の一覧は表2の通りである。一般会計予算がもっとも高いさいたま市は、利用者数、平均利用時間について、もっとも多いことが分かる。一般会計予算が10,000,000千円未満の市町村では、17市町村中3市町村で重度訪問介護利用者がいるが、利用者数としては4名、平均利用時間は最も多い利用時間数は178時間であった。

また一般会計予算が100,000,000千円以上の市町村では、5市町村中全ての市町村で、重度訪問介護利用者がいた。利用者数としては142名、平均利用時間は最も多い利用時間数は439.8時間であった。

表2 市町村別 重度訪問介護支給時間と利用者数と市町村一般会計予算（単位：千円）

市町村	利用人数	1人当たり 平均利用時間	一般会計予算
さいたま市	69	439.8	562,720,000
C	20	406.3	207,930,000
A	12	302.4	115,850,000
F	25	173	106,400,000
R	16	278.8	105,600,000
Q	7	283.9	86,742,000
K	8	332.3	75,240,000
P	5	249.2	65,740,000
B	17	272.8	64,000,000
T	1	8	59,779,000
Z	6	158.7	54,182,000
X	17	323.9	52,073,000
O	13	55	51,672,057

AE	20	140.3	51,100,000
L	12	307.4	48,202,000
U	6	236.5	43,951,000
V	2	167	43,510,000
AL	1	377	41,414,535
N	12	208.6	39,635,000
H	2	107.5	38,019,000
AC	7	297.1	36,571,811
AB	0	0	32,560,000
J	4	74.5	30,160,000
AG	2	32.5	29,995,000
G	1	285	29,800,000
E	3	26	28,800,000
I	1	1	28,634,000
U	3	153.3	27,867,000
W	2	385.5	27,781,000
D	16	241.8	26,620,000
S	3	35	25,980,000
Y	2	212.5	24,606,000
AK	17	86.6	23,031,999
AI	1	105	21,830,000
AA	3	94	20,439,000
AJ	0	0	18,710,000
M	3	382.7	18,503,000
AF	2	174	18,285,000
AH	0	0	15,800,000
AM	3	190.3	14,944,000
BJ	0	0	14,944,000
BK	0	0	13,265,000
AO	0	0	12,595,000

AN	0	0	12,053,000
BH	0	0	11,600,696
Bi	0	0	10,623,000
AR	0	0	9,680,000
AV	0	0	9,240,000
BG	0	0	8,827,800
AD	2	235.5	8,746,000
AX	0	0	8,348,000
BD	1	57	7,439,000
AW	0	0	7,146,000
BF	0	0	6,683,000
AY	0	0	6,186,000
AU	0	0	5,940,000
AT	1	36	5,855,000
AZ	2	178	5,240,779
BE	0	0	4,865,726
AS	0	0	4,280,000
BA	0	0	4,235,000
BB	0	0	4,179,700
BC	0	0	3,157,160

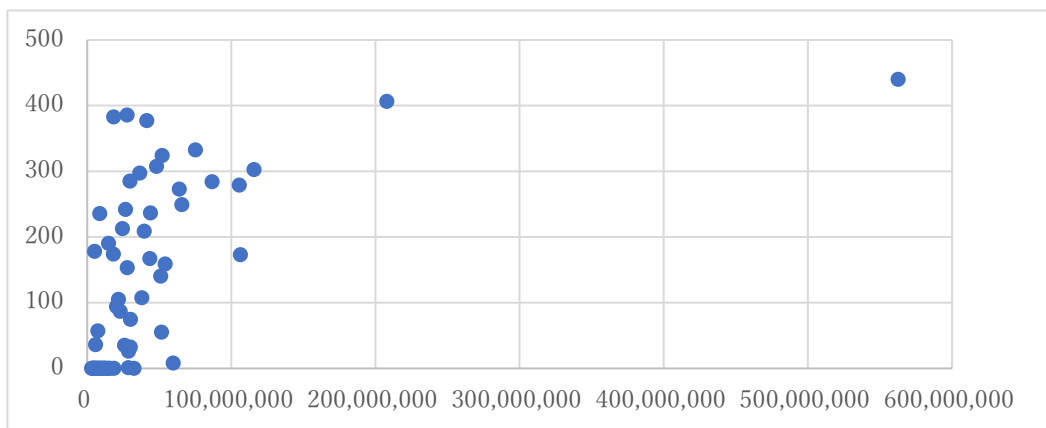


図2：1人あたりの利用時間と一般会計予算

### 3-3. 重度訪問介護利用時間と医療体制の比較

2020年3月の埼玉県における重度訪問介護の利用時間と神経内科医の一覧は表3の通りである。神経内科医が10名以上勤務している市町村でも、重度訪問介護を利用している障害者がいない地域が2市町村となった。また神経内科医がいない市町村でも、重度訪問介護を利用している障害者がいる市町村は、12市町村、49名であった。

表3 市町村別 重度訪問介護支給時間と利用者数と神経内科医

市町村	1人当たり 平均利用 時間	人口10万人 あたりの神 経内科専門 医数	市町村	1人当たり 平均利用 時間	人口10万人 あたりの神 経内科専門 医数
AR	0	34	N	208.6	1
AJ	0	24	U	236.5	1
AN	0	9	V	167	1
L	307.4	8	Y	212.5	1
AF	174	8	AC	297.1	1
AY	0	7	D	241.8	0
A	302.4	6	G	285	0
F	173	6	H	107.5	0
M	382.7	6	Q	283.9	0
P	249.2	6	W	385.5	0
R	278.8	6	AD	235.5	0
T	8	6	AI	105	0
U	153.3	6	AK	86.6	0
AU	0	6	AL	377	0
J	74.5	5	AM	190.3	0
AA	94	5	AS	0	0
O	55	4	AT	36	0
S	35	4	AV	0	0
X	323.9	4	AW	0	0



さいたま市	439.8	3	AX	0	0
I	1	3	AZ	178	0
AE	140.3	3	BA	0	0
AO	0	3	BB	0	0
B	272.8	2	BC	0	0
C	406.3	2	BD	57	0
E	26	2	BE	0	0
K	332.3	2	BF	0	0
Z	158.7	2	BG	0	0
AB	0	2	BH	0	0
AG	32.5	2	Bi	0	0
AH	0	2	BJ	0	0
BK	0	2			

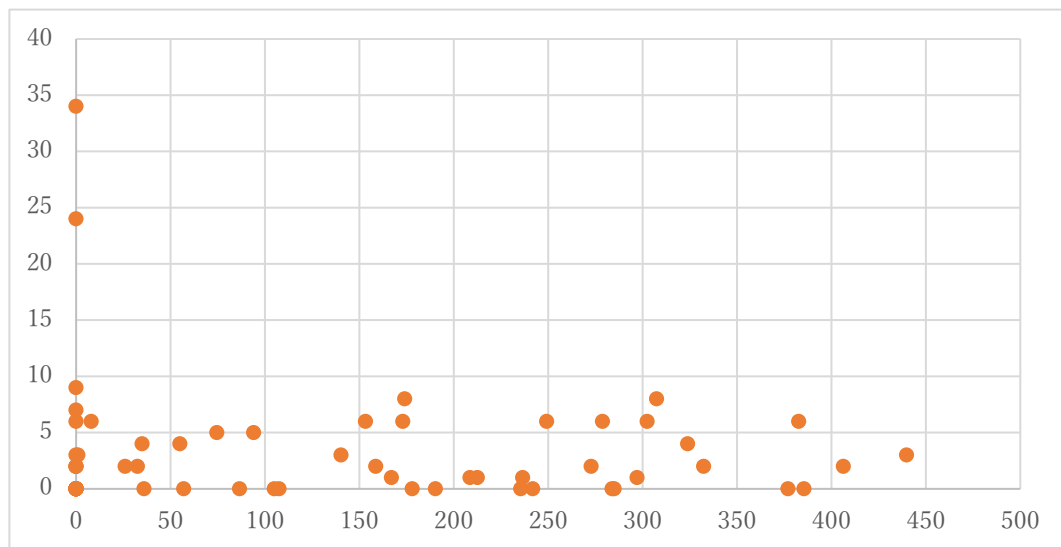


図3：1人あたりの利用時間と人口10万人あたりの神経内科専門医数

### 3-4. 重度訪問介護利用時間と障害者運動

重度訪問介護を利用している2名の方に、重度訪問介護の支給決定までのプロセスについてヒアリングを行った。この2名を選んだ理由は、障害者が地域で生活する活動を積極的に行っていたため、自立生活への要望運動について、また支給決定につい

でのヒアリングを依頼した。

ケースA：小児麻痺、60代女性

重度訪問介護利用開始時期：2013年

重度訪問介護支給決定時間：170時間

身体障害者区分：区分6

医療的ケア：なし

自立生活への要望や運動

- ・同居している夫がいるが、介護してもらうために結婚したわけではない。
- ・重度訪問介護を利用し、夫に迷惑かけずにヘルパーと一緒に家事をしていきたい。
- ・行政の障害福祉課の新人に、当事者の立場から研修講師をしていた。

支給決定に至った要因

- ・重度訪問介護を利用する前から、利用していた、居宅介護サービスのヘルパーが相談支援員に転職し、そのまま、重度訪問介護を利用する計画相談を依頼したことから、106項目のモニタリングや、実際の身体状況を熟知していたため、支給決定はスムーズに行われた。
- ・支給決定までは順調であったが、時間数が不足し、現行時間枠の重度訪問介護を利用しながら、相談支援員へ相談し、時間数が足りない現状を行政へ伝えた。支援員の協力もあり徐々に時間数が増えていった。時間数を増やすのに、思ったより苦勞せずに増やすことができた。

この地域で展開する事業所の相談支援員との関係性が密であったことが支給決定を受けるために必要なことであった。

ケースB：ALS、70代女性

重度訪問介護利用開始時期：2015年

重度訪問介護支給決定時間：250時間

身体障害者区分：区分6

医療的ケア：人工呼吸器、痰吸引、胃ろう

自立生活への要望や運動

- ・同居している娘、息子に迷惑をかけずに生活したい。

- ・障害者団体の役員として、活動している

#### 支給決定に至った要因

- ・重度訪問介護のことに限らず、市町村の障害者福祉の窓口へよく足を運び、役所担当者とコミュニケーションを取っていた。
- ・障害福祉課長自ら、よく自宅に訪問してくれ、障害者本人の話を聞きに来てくれた。
- ・「敵を作らず、役所担当者と仲良くなること」を意識し、行政と付き合うことで、重度訪問介護の支給決定も苦勞せずに受けることができたと感じている。

## 4. 結果

重度訪問介護利用時間と市町村一般会計の比較では、一般会計予算が多い市町村は利用者数、平均利用時間も多い傾向であることが分かった。特に町である農村部では、重度訪問介護の支給決定を行っていないことが明らかになった。

支給決定で市町村の持ち出しとなる、国庫負担基準を超える1日8時間、月248時間を超える利用時間であった市町村は16市町村であった。

一般会計予算が多い市町村については、平均利用時間が240時間を超えている傾向があり、市町村財政と重度訪問介護の利用時間について関連性がみられた。

また地域の医療体制との比較においては、神経内科医数と重度訪問介護の利用者数には関連性はみられなかった。

## 5. 考察

重度訪問介護平均利用時間と市町村一般会計には相関があり、一般会計予算が多い市町村は重度訪問介護平均利用時間が長い傾向にある。国庫負担基準を超えた分の市町村の持ち出し負担となる部分の影響があると言える。

山内（2009）は、市町村の給付については、保険間相互参照行動があり、近隣の都道府県から影響を受けるということを確認しているが、サービス利用者である住民は、自分が居住している市町村と他市町村のサービス水準を比較し、評価している。

また、障害者団体や障害者同士の横のネットワークにより、各々の住む市町村のサービス提供状況を共有している。また他市町村のサービス水準を比較し、評価した結

果を自分が居住している市町村へアクションを起こす事例もある。これにより地方自治体政策決定者は、住民の批判を避けるために、他自治体のサービス水準を重要視するようになり、政策に関係性が生じることとなる。

日本の福祉サービスにおける相互依存関係についての実証分析では、齋藤・中井（1999）は、東京都下自治体の老人福祉費が、財政力の高い豊かな団体のサービス水準に影響を被っているとする「デモンストレーション効果」が存在することを実証している。

また、塚越（1992）は、政策がいかなる理由で導入されるのかを説明する仮説として、模倣や同調を重視する「伝播仮説」と、必要性の高まりを重視する「先行要件仮説」から、東京都23区の高齢者施策については「伝播仮説」の説明力が高いことを実証している。

さらに、市区町村が国民健康保険の保険税を採用する確率について、西川（2006）は近隣の自治体が保険料ではなく保険税を採用する確率から正の影響を受けていることを実証している。このようにいずれの実証分析においても、福祉サービス分野における自治体間の模倣行動や相互依存関係を肯定する結果が報告されている。

筆者もまた実際に重度訪問介護の支給決定の相談過程で、行政担当者より他の市区町村では、何時間支給されているケースがあるのか聞かれた。具体的な市町村名、支給決定時間、ケア内容についての質問であったが、この行政担当者の行動は、住民の批判を避けるための回避行動または、自発的な参照行動であったのかもしれない。

今回の研究では、一般会計予算との相互関係について一定の結果が出たが、相互参照行動についての影響についても、他の研究者より根拠づけられ実証されている。この実証研究から考察すると、相互参照行動を促進する行動（ソーシャルアクション・障害者同士の情報交換）を行うことで、重度訪問介護が必要な障害者の支給決定時間に影響を与えるのではないかと考える。

今回、ヒアリングした2ケースは、障害者協会の役員と行政職員に研修講師歴のある2名であったため、行政とのつながりなどがスムーズな支給決定に至ったともいえる。どちらもその市町村で初となる重度訪問介護支給決定者であることから、積極的な障害者運動の経験はないが、行政との積極的なかかわりを意識的に行う当事者により障害者に対する行政の理解が促進されたとも言える。この2ケースについても、障害者団体内での他市町村における重度訪問介護の支給決定時間についての情報交換がなされており、行政との相談の中で他市町村に住む障害者の支給決定時間について、障害者から行政に情報提供がなされていた。つまり相互参照行動を促進する働きかけ

が行われていたわけである。これが、スムーズな支給決定に至った要因の1つではないかと考えられる。

このように、今回の重度障害者へのヒアリングでは、保険間相互参照行動を促進する行動が行われていたことがわかった。障害者運動では、ALS へのサービス供給のあり方が変わった過去の訴訟として、2012年4月、和歌山地裁がALSの患者へのサービス提供を、和歌山市が決めた1日約12時間から21時間以上に拡大するよう義務付ける判決が出された。これを機に長時間介護を求める動きが全国で広がった。同年、「介護保障を考える弁護士と障害者の会」が結成されている。

これは、介護保障問題に取り組む弁護士と重度の障害者が連携し、支給決定における障害者の無料相談や訴訟支援を行っている。このような障害者の社会保障訴訟が行われてきたことが間接的に障害当事者の意識が高い方と行政の関係にも影響を与えていると考える。重度訪問介護の支給決定の時間に対する訴訟も、保険間相互参照行動に影響を与えているのではないかと考える。

また神経内科医がいる地域には、神経難病患者が転居してくる傾向にあると仮説を立てたが、重度訪問介護平均利用時間との関連性はなかった。重度障害者の地域づくりにおいて、専門医が地域にいることは障害者にとっては安心できる要因の1つではあるが、わざわざ専門医の病院の地域に転居することはないことがわかる。

吉野(2016)は、ALS患者の多くは大学病院等で診断が確定し、地域のクリニックに紹介される。日常的なケア・リハビリテーションはクリニックで行うが、紹介元である大学病院等への定期的な通院もしていただき、病診連携をはかることが大切であり、大学病院が遠方の場合、居住している地域基幹病院と連携することが重要だとしている。つまり入院病床を有する医療機関の主治医と在宅医の連携をすることが、近年のALS患者を支える在宅医療の形であることが分かる。これは病診連携が進んだため、地域に神経内科専門医がいなくても、連携をしてくれる在宅医がいることで、安心感が得られ、住み慣れた地域で生活していると考えられる。

## 6. 結論

本稿において、一般会計予算が多い市町村では、平均利用時間も多い傾向がある。その理由として、国庫負担基準を超えたサービス費が市町村の持ち出し負担となることから、一般会計予算が多い市町村でないと長い利用時間の支給決定が出づらいう傾向にある。重度訪問介護は、重度障害者が在宅生活を送る上で必要不可欠なサービスの

1つである。生活のしやすい地域づくりには、財政も関係している。

また障害福祉サービスには、保険間相互参照行動が障害者個人のサービス支給時間に影響を与えていることが分かった。市町村により、同じ条件であっても支給決定内容についてバラつきがある。市町村単位ではなく、国全体に統一された基準で支給決定がなされていないことは不平等さが生じ、今後の障害福祉サービスの支給決定プロセスにおける課題といえる。

## 7. おわりに

重度訪問介護は、重度障害者が自宅で生活する上で必要不可欠なサービスである。2021年の報酬改定では、医療的ケアについて手厚い報酬改定が行われた。医療的ケアが必要な障害者児を、自宅で24時間ケアできるサービスは重度訪問介護しかない。重度訪問介護の利用が進めば、重度障害者の地域移行の進み、住み慣れた地域で共生する社会の実現につながることになる。重度訪問介護という障害福祉サービスが多くの人に知られ、利用しやすい制度となることを切に願う。

今回の調査では、支給利用時間のデータしか入手することが困難であった。そのため、地域ごとの重度訪問介護の需要と供給のバランスについて、調査することができなかった。

今後の継続調査で、支給決定時間のデータも入手し、地域ごとの支給決定時間数の消化率から、地域における重度訪問介護の充足度についても継続して調査していきたい。

## 8. 謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授より、熱心かつ丁寧なご指導を賜りましたことに深く感謝申し上げます。お忙しい中、ヒアリング調査にご理解・ご協力を賜りましたお2人の重度障害者の皆様と、そのご家族にも心より感謝申し上げます。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [ 1 ] 安積順子 岡原正幸 尾中文哉 立岩真也（1990）「生の技法一家と施設を出て暮らす社会学」藤原書店。
- [ 2 ] 齋藤槇・中井英雄（1999）「福祉支出の地域格差-市町村歳出決算の老人福祉費

- を中心として-」 「季刊社会保障研究」 vol. 27. no3. p265-273。
- [ 3] 塚原康博 (1992) 「社会福祉施策の導入と伝播-先行要件仮説と伝播仮説の統合と検証」 「季刊社会保障研究」 vol28. no2. p173-181。
  - [ 4] 筒井孝子(2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated care の理論とその応用』、中央法規。
  - [ 5] 中根 成寿 (2012) 「重度訪問介護支給決定時間から見る障害者の地域生活支援制度の検討： 京都府における重度訪問介護支給決定時間に関する調査から」 「福祉社会研究」 13号. p101-109。
  - [ 6] 中根 成寿 (2020) 「障害者の地域生活への移行が停滞している要因はなにか？—障害者総合支援法におけるサービスパックの給付費と利用量分析から」 「障害学研究」 16号. p131-153。
  - [ 7] 西川雅史 (2006) 「保険税と保険料-国民健康保険制度における自治体の制度選択」 「日本経済研究」 no55. P79-98。
  - [ 8] 西川雅史・林正義 (2006) 「政府間財政関係の実証分析」 「フィナンシャル・レビュー」 vol182. no3. p197-222。
  - [ 9] 山内康弘 (2009) 「介護保険施設の供給における地方自治体間の空間的自己相関の検証」 「大阪大学経済学」 55号3巻, p206-222。
  - [10] 吉野英 (2016) 「ALS の地域連携の課題-神経内科クリニックの立場から-」 「神経治療学」 33巻5号. PS93。

#### 参考ホームページ (引用ホームページ含む)

- [ 1] 一般社団法人日本神経学会 日本神経学会認定 神経内科専門医名簿  
<https://www.kktcs.co.jp/jsnmypage/pub/SpecialistList.htm?ken=11&siku=%25E5%2585%25A8%25E4%25BD%2593> (2021年8月22日アクセス)
- [ 2] 厚生労働省 訪問系サービスに係る国庫負担基準について  
[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc1865&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc1865&dataType=1&pageNo=1)
- [ 3] 全国障害者介護保障協議会 国庫負担基準の市町村での計算方法  
[http://www.kaigoseido.net/sienho/07/futankijun\\_keisan.htm](http://www.kaigoseido.net/sienho/07/futankijun_keisan.htm) (2021年8月22日アクセス)
- [ 4] 江戸川区 障害福祉サービス等支給ガイドライン  
<https://www.city.edogawa.tokyo.jp/documents/11728/gaidorain3009.pdf>  
(2021年8月22日アクセス)

[ 5] 介護保障を考える弁護士と障害者の会 <http://kaigohosho.info/>  
(2021年8月22日アクセス)