

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

会長 渡辺 洋一郎

1. 設立年月日：平成7年3月15日

2. 活動目的及び主な活動内容：

精神科診療所の資質の向上を図るとともに、精神保健に関する事業を行い、もって精神障害者の福祉の増進及び精神科医療ならびに国民の精神保健の向上に貢献することを目的とする。

## 【主な活動内容】

- ・ 診療所における地域精神保健医療福祉事業についての調査・研究  
(例：重度認知症患者デイケア実態調査、精神科診療所における自殺実態調査等)
- ・ 精神保健福祉及び精神科医療に関する正しい知識の普及及び相談事業  
(例：認知症、産業メンタルヘルス、女性のメンタルヘルス、自殺対策等の講演会開催等)
- ・ 精神保健医療福祉に関する教育研修及び広報事業  
(例：チーム医療・地域リハビリテーション研修会、協会誌の発行等)
- ・ 精神保健医療福祉に関する調査研究に対する助成事業  
(例：田中健記念研究助成事業)
- ・ 災害時における精神保健医療福祉に関する支援事業  
(例：災害支援対策全国会議等)

3. 加盟団体数(又は支部数等)：地区協会47団体(平成29年5月時点)

4. 会員数：1697名(平成29年5月時点)

5. 法人代表：会長 渡辺 洋一郎

## 視点－1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

### 1. 医療と福祉の連携が重要である。

相談支援事業所が医療機関と連携し、計画相談(サービス利用支援)やモニタリングを行う場合に評価すること。  
障害福祉サービス事業所が医療機関と連携し、個別支援計画を作成する場合に評価すること。  
医療機関が障害福祉サービスと情報共有し、上記に対応した連携を行う場合に評価すること。

### 2. 質の高い相談支援(ケアマネジメント)が重要である。

障害福祉サービスの手配に終始するブローカ型相談支援だけでなく、相談支援専門員が行う直接支援を評価すること。  
とりわけ、サービスに繋がる前の支援、繋がった後の定着支援を評価すること。

## 視点－2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

### 1. サービス利用のアセスメントは丁寧に行う必要がある。

利用者の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向などのアセスメントを丁寧に行い、適切な障害福祉サービスに繋げる必要がある。たとえば、就労移行支援のプログラムを行いながら、就労継続支援B型の適性をアセスメントすることは困難である。人材を揃え、専門性を持ったアセスメント機能については別立ての評価が必要である。

### 2. 体験利用を積極的に活用すべきである。

サービスを利用する前の不安や迷いに寄り添い、関係作りを行い、サービスに繋いでいくために、体験利用者には格別の配慮が必要である。サービスの体験利用に対して積極的評価が必要である。

### 3. 再チャレンジを勧める仕組みが必要である。

就労移行支援や生活訓練など標準的利用期間が定められているサービスは、利用終了したり中断した場合には、特別な理由がない限りは再利用は認められない。そのため、サービス利用を終了したり、中断したまま、いずれのサービスにも繋がらず引きこもってしまっている場合が多い。再チャレンジの機会を保障すべきである。

## 視点－3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

### 1. PSW等の配置を評価するなど、専門性を確保すべきである。

障害福祉サービスへの営利産業の参入が目立つが、企業の論理が優先される場合がある。障害福祉サービス事業所にはPSW・公認心理師・看護師などの専門職を必置とし、その専門性を確保すべきである。

### 2. ピアの積極的活用が必要である。

障害福祉サービス事業所に、一定以上のピアスタッフを採用した場合はそれを評価することが必要である。

### 3. 就労に向けて出口の整備が必要である。

職場体験実習受入協力事業所を広く確保すること。重い精神障害者の場合、正式雇用に向けて期間限定的に雇用率カウントの工夫が必要である。とりわけ就労定着に向けた支援が重要であり、医療機関のPSW等コメディカルの活動の評価が必要である。

## 視点－1 より質の高いサービスを提供していく上での課題及び対処方策・評価方法

### ◆ 医療と福祉の連携が重要である。

精神障害は疾患と障害の両側面があり、その地域ケアは医療と福祉が協力連携して包括的に行われる必要がある。しかし、今日に至るまで、医療と福祉に共通の言語が育っておらず、医療と福祉をつなぐ回路は確保されていない。そのため、以下の評価を行うことによって、医療と福祉の連携を進めていく必要がある。

- ①相談支援事業所において、医療と連携した計画相談を行う場合に評価する必要がある。具体的には、医療機関のPSWなどが参加したケア会議を開催したり、主治医との情報共有などにより、医療機関と連携して計画相談やモニタリングを行う場合に評価する。
- ②医療機関の看護職員が事業所を訪問して看護を行う場合などに、医療連携体制加算が認められているが、それだけでなく障害福祉サービスにおいて医療と連携した個別支援計画作成を評価する必要がある。具体的には、医療機関のPSWなどが参加したケア会議を開催したり、主治医との情報共有などにより、医療機関と連携して個別支援計画作成を行う場合に評価する。
- ③医療機関による障害福祉サービスとの連携への評価も必要である。具体的には、医療機関のPSWなどがケア会議に参加したり、主治医との情報共有などにより、相談支援が行われたり個別支援計画が作成された場合に評価する。

### ◆ 質の高い相談支援(ケアマネジメント)が重要である。

精神障害の場合、病気としての側面と障害としての側面を統合していくことに、困難を感じることが多い。様々な生活上の困難を抱えるなかで、障害として受け入れても、病気である以上いつかは治ることをあきらめた訳ではない。このような揺れと付き合いながら、やがては障害を受容し新たな目標を見出すまでのプロセスは容易なことではない。この長いプロセスを伴い歩むケアマネジメントが重要である。そのため、障害福祉サービスの手配に終始するブローカー型相談支援だけでなく、相談支援専門員が行う直接支援を評価する必要がある。

とりわけ、サービスに繋がる前の支援が重要である。精神障害の場合、自ら援助を求めなかつたり、求める力の弱い人たちも多く、サービスに繋げていく支援には高い専門性が求められる。サービスに繋げていくための支援への評価が必要である。また、一旦サービスに繋がっても中断してしまうことも多い。サービス定着していくための支援にも高い専門性が求められる。週一回以上の支援を行うような、集中支援を行っても、現状の相談支援では評価されない。サービスに繋がった後の、丁寧な定着支援への評価が必要である。

## 視点一2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供を受けられるようにするための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策

### ◆ サービス利用のアセスメントは丁寧に行う必要がある。

利用者の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向などのアセスメントを丁寧に行い、適切な障害福祉サービスに繋げる必要がある。アセスメント抜きの、サービスの押し付けにならないような注意が求められる。利用者の適性を見極めるだけでなく、利用者障害福祉サービスとのマッチングについて、総合的にアセスメントする必要がある。

たとえば、就労経験のない方などが就労継続支援B型を利用する場合には、就労移行支援でのアセスメントが必要とされているが、就労移行支援のプログラムを行いながら、片手間に就労継続支援B型の適性をアセスメントすることは無理がある。人材を揃え、専門性をもったアセスメント機能をもつ事業にたいして、別立ての評価が必要である。

### ◆ 体験利用を積極的に活用すべきである。

サービスを利用する前には不安や迷いが生じやすい。一旦利用を決めたとしても、一歩踏み出していくことにためらいを覚えることも少なくない。そのため、体験利用者には格別の配慮が必要である。サービスの体験利用を通して、不安や迷いを払拭し、サービスの継続利用に繋げていくことが可能となる。サービスの体験利用はサービス利用の入り口にあって、その後の継続的なサービス利用を決定づける重要な役割を果たしている。

しかし、日常のサービス提供を行いながら、体験者の不安や迷いに寄り添い、情報提供を行いつつ、関係作りを行いながら、サービスに繋いでいくのは簡単な業務ではない。サービスの体験利用を受け入れていくためには、その為の人材と専門性の確保が必要である。サービスの体験利用に対して積極的評価が必要である。

### ◆ 再チャレンジを勧める仕組みが必要である。

就労移行支援や生活訓練など標準的利用期間が定められているサービスは、利用終了したり中断した場合には、特別な理由がない限りは再利用は認められない。そのため、サービス利用を終了したり、中断したまま、いずれのサービスにも繋がらず、引きこもってしまっている場合が多い。また、病状の揺れにともなって、安定してサービス利用を継続することができず、サービスを中断したまま標準的利用期間を消費してしまうことも多い。

サービス利用が一旦終了した場合でも、一定の期間ののちに、自立と社会参加に向けて、再チャレンジの機会を保障すべきである。



## 視点－3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法施行時から2倍以上に増加し、毎年10%近い伸びを示している中で、持続可能な制度としていくための課題及び対処方策

### ◆ PSW等の配置を評価するなど、専門性を確保すべきである。

障害福祉サービスへの営利産業の参入が目立つ。その中には、精神障害者の地域生活を継続的に支援するよりも、企業の論理が優先される場合がある。異業種の参入によって、就労支援の活性化などが期待される面もあるが、企業の論理に流されない、高い専門性、倫理性が求められる。

障害福祉サービス事業所にはPSW・公認心理師・看護師などの専門職を必置とし、その専門性を確保するとともに、高い倫理性を担保する必要がある。

### ◆ ピアの積極的活用が必要である。

障害福祉サービスにおけるピアの役割は大きく、ピアの積極的活用が必要である。新しくサービスを利用する人は、モデルとしてのピアの活動に触れることにより、勇気づけられ、未来を展望することが可能になる。ピアの活用は、サービス利用者からサービス提供者に役割転換を促すだけでなく、ともに生きていく社会の実現に向けた一歩となる。

障害福祉サービス事業所に、一定以上のピアスタッフを採用した場合はそれを評価することが必要である。

### ◆ 就労に向けて出口の整備が必要である。

就労支援を受けた後も、就労の場を確保できず、徐々に就労意欲を亡くしていくことも多い。職場体験実習は、受け入れた企業と利用者双方に報奨金を支給するなどにより、就労へ向けたインセンティブとなりうる。職場体験実習受入協力事業所を広く確保することが重要である。

重い精神障害者の場合は、雇用率のカウントを期間限定的に2カウントとすることや、週20時間勤務することが困難な精神障害者には、20時間未満の勤務も期間限定的にカウントの対象とし、正式雇用に向けて段階的に受け入れていくなどの工夫が必要である。

また、精神障害者は就労ができて、定着に課題がある場合が多いため、定着に向けた支援がとりわけ重要である。病状の揺れにきめ細かく対応しながら、就労定着を支援していくためには、職場と医療機関をつなぐ役割が求められる。その際、医療機関のPSW等コメディカルによる活動の評価が必要である。

精神科診療所からみた精神科医療のビジョンプロジェクト報告書2016総説からの抜粋

精神科診療所から見た  
精神科医療のビジョンプロジェクト  
報告書

2016

Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics

## VIII 福祉との関係

### VIII-1 障害者施策の変遷

昭和58年(1983年)に始まった国連・障害者の10年をうけて、日本の精神科医療の閉鎖性を変えていく動きが加速された。それはちょうど、精神科診療所の増加などともなう通院精神医療の充実と、精神障害への福祉的サービス重視への流れと重なっている。

平成5年(1993年)12月には障害者基本法が制定された。そこではじめて精神障害も他障害と同等のサービスを受けることができる「障害」として認知された。それまで精神障害に対しては、身体障害、知的障害に比べて福祉サービスが立ち遅れていた。精神障害に対する社会的偏見、権利擁護運動の低迷、そして精神障害の定義をめぐる混乱などが背景にあった。

その後次々と、新しい精神保健医療福祉施策が押し進められた。平成7年(1995年)障害者プランが策定され、市町村には精神障害者を含む障害者支援計画の策定が求められた。平成7(1995)年にはこれまでの精神保健法が、精神保健福祉法と名称変更され、医学モデルと生活モデルの統合が図られた。平成16年(2004年)の精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策が示された。

### VIII-2 障害者自立支援法の制定

平成18年(2006年)には障害者自立支援法が制定された。3障害に対するサービスを共通のものとし、その提供の主体が市町村に一元化された。障害福祉サービス関係予算が義務的経費化され、その後の10年間で2倍以上となっている。(図1)障害者自立支援法は、平成24年(2012年)に障害者総合支援法に改められ、今日に至っている。

精神障害は疾患と障害の両側面があり、その地域ケアは医療と福祉が協力連携して行われるのは当然であろう。しかし入院治療が中心的役割を果たしていた頃は、医療が患者の生活を抱え込んでしまうという懸念が強かった。医師を中心としたヒエラルヒーへの反発もあり、福祉関係者の医療への不信感・警戒感はかなり強いものがあつた。今日に至るまで、医療と福祉に共通の言語が育っていないのが現状である。

精神疾患を持ち日常生活において障害を抱えた状態から、回復に至る過程をリハビリテーションとよぶなら、その過程は医療も福祉も渾然一体となって進むはずであろう。わが国においては、医療と福祉が別建ての仕組みになっているため、無用な摩擦が生じてしまいがちである。医療と福祉をつないでいくための、双方からの特別な工夫が必要である。就労支援にしても居住支援にしても、医療の下支えが必要である。

### VIII-3 医療と福祉をつなぐ回路

精神障害者に対する福祉サービスはそれなりに整えられてきてはいるが、障害者自立支援法成立以降も、医療と福祉をつなぐ回路は残念ながら確保されていない。入院治療が終了すれば、あとは障害者福祉の充実があれば精神障害者の地域生活は支援していけるというような乱暴な議論も目についた。

障害者総合支援法になっても、障害区分判定に主治医の意見は必ずしも必要はないし、その結果が主治医に報告されることもない。福祉サイドで作成されたケアプランが主治医に報告されることも、必ずしも求められていない。市町村において必置とされた自立支援協議会に医療機関の意見は必ずしも必要とされていない。3障害を統合することによって、共通の支援体制を創り出したのだが、医療からの関与が難しい仕組みとなっている。



## VIII-4 相談支援体制について

障害者総合支援法の大きな柱の一つが、相談支援体制の充実である。相談支援はケアマネジメントの訳語であり、本来は医療を含めたすべてのサービスに係っているはずである。しかし、わが国では障害福祉サービスの手配を中心としたブローカー型のものでして限定的な役割となっている。医療機関においても、ケアマネジメント機能を持っていく必要があるが、そのような仕組みになっていない。

そのような中で、障害者総合支援法においてH27年3月までにすべてのサービス利用者に計画相談を作成することが決められている。ところがH27年3月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者16.3万人に対して、3.2万人しか計画相談を作成できていない。(図2)その後も圧倒的に少ない相談支援体制のなかで、全国的にかなり無理をして、100%作成率を目指して悪戦苦闘している状況が続いている。出来上がった計画相談は必ずしもそれぞれの利用者の個別のニーズに配慮したものになっているとは言えないし、作成している相談支援専門員には疲弊が見られる。

## VIII-5 日精診版社会支援(NSS)サービス

日精診では、医療機関におけるケアマネジメント機能を充実させていくために、日精診版社会支援(NSS)サービスを作成している。(図3)医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会全体の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しながら、個別の支援計画を作成していく必要がある。今のところ、その様な行いには対価がないが、制度としての相談支援体制とうまくリンクさせていく仕組みが必要である。医療機関の作成した個別支援計画も計画相談に組み込むことができるようになることが望ましい。

障害者のケアマネジメントは、ともすると医療的ニーズが減少あるいは終了した段階で、福祉的サービスの手配を中心にサービスを組み立てていくものという誤解が発生しやすい。しかし精神障害は疾病という側面と障害という側面をあわせ持っているという特徴がある。医療サービスを省略したケアマネジメントはあり得ない。医療と福祉をはじめとした、様々な社会資源の連携のなかで、障害者の自立と社会参加が実現されていくべきであろう。医療へのアクセスを十分に保証し、症状の変化にきめ細かく対応できる支援体制が望まれる。

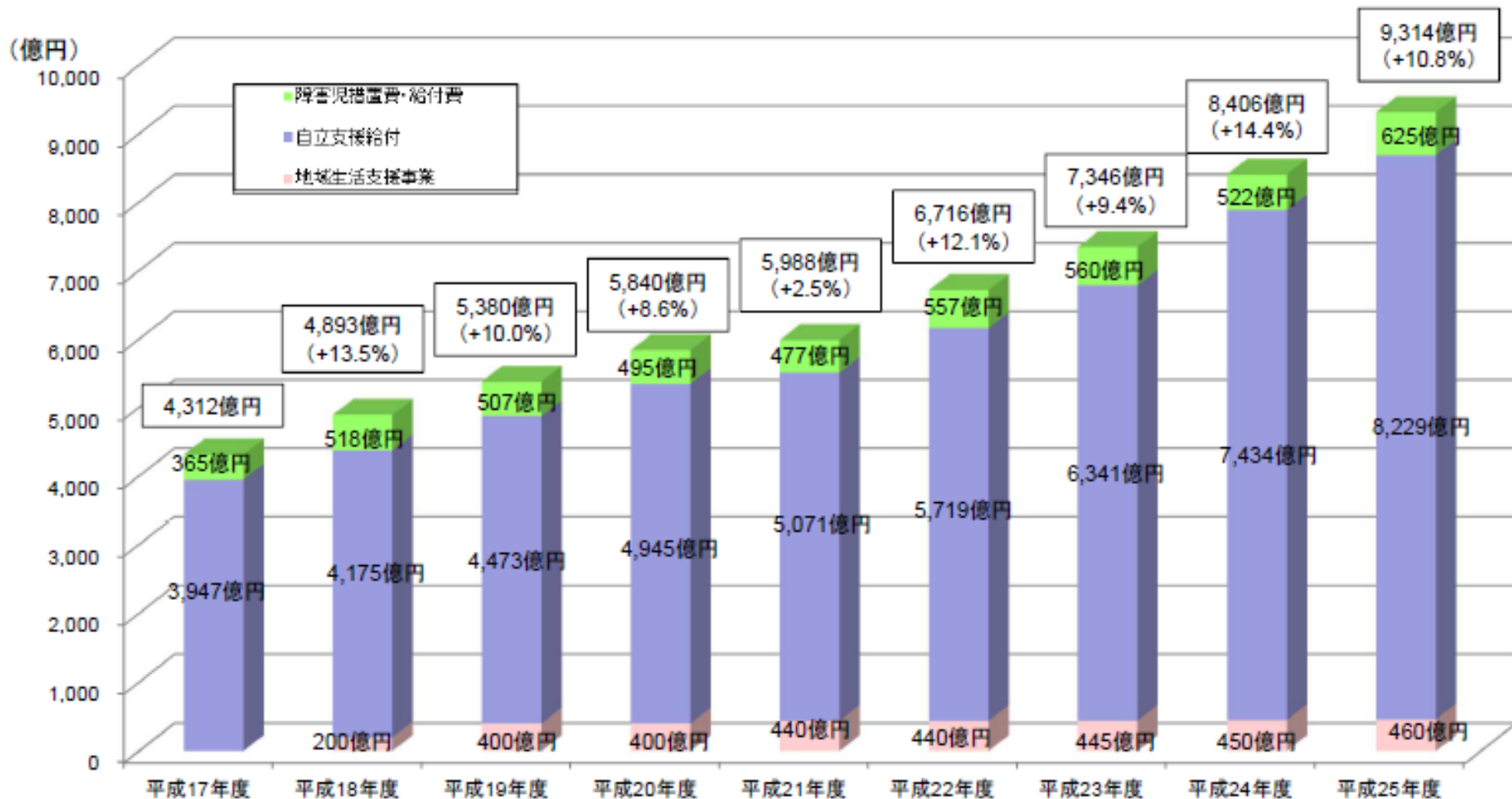
## VIII-6 営利企業の参入

障害者自立支援法の成立以降、福祉事業に営利企業の参入が可能となっている。全国的にこれまで、福祉とは無縁の業種の人たちが、突然就労支援事業所を開設している。利用者の地域生活を継続的に支援していくというよりも、企業の論理が優先されている。異業種の参入による、就労支援の活性化などが意図されているのかもしれないが、医療機関が率先して、高い倫理性を示していく必要がある。

# 障害福祉サービス等予算の推移

図1

障害福祉サービス関係予算額は義務的経費化により10年間で2倍以上に増加している。



(注1) 平成18年度については、自立支援法施行前の支援費、自立支援法施行後の自立支援給付、地域生活支援事業等を積み上げた予算額である。(自立支援法は平成18年4月一部施行、同年10月完全施行)

(注2) 平成20年度の自立支援給付費予算額は補正後予算額である。

(注3) 平成21年度の障害児措置費・給付費予算額は補正後予算額である。

## 6. 精神障害者の障害福祉サービスの利用状況

図2

- 平成27年3月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者は、16.3万人（実人員）。
- 障害福祉サービスの種類ごとの利用状況を見ると、約2.4万人が住まいの場としてグループホームを利用している。
- 日中活動の場としては、就労継続支援B型が6.2万人、就労継続支援A型が2.0万人、就労移行支援が1.4万人と就労系サービスの利用が最も多く、次いで日常生活上の訓練等を行う自立訓練（生活訓練）が0.8万人となっている。
- 平成24年4月から個別給付化された地域相談支援は、地域移行支援を382人、地域定着支援を1,184人が利用している。

（出典）国保連データ（10月サービス提供実績）

サービス種類	利用者数（人）（平成27年3月時点）					
	総数	障害種別内訳				
		身体障害者	知的障害者	精神障害者	障害児	難病等対象者
居宅介護	155,787	67,221	27,756	50,572	9,524	714
重度訪問介護	9,960	9,506	372	47	2	33
行動援護	8,519	503	5,185	40	2,791	0
重度障害者等包括支援	29	8	21	0	0	0
同行援護	22,512	22,139	160	39	163	11
療養介護	19,457	16,832	2,607	4	7	7
生活介護	260,169	77,183	177,409	5,437	75	65
短期入所	43,119	10,845	23,974	1,361	6,927	12
施設入所支援	132,296	40,845	90,439	991	10	11
共同生活介護（～H.26.3） 共同生活援助（介護サービス包括型） （H.26.4～）	79,756	6,201	58,776	14,752	13	14
共同生活援助（～H.26.3） 共同生活援助（外部サービス利用型） （H.26.4～）	16,256	563	5,949	9,731	5	8
自立訓練（機能訓練）	2,435	2,353	14	55	0	13
自立訓練（生活訓練）	12,254	556	4,045	7,639	8	6
宿泊型自立訓練	3,882	63	1,159	2,659	0	1
就労移行支援	29,626	2,767	12,821	13,930	24	84
就労移行支援（養成施設）	134	134	0	0	0	0
就労継続支援A型	47,733	10,128	17,170	20,178	11	246
就労継続支援B型	196,019	25,022	109,176	61,628	67	126
計	1,039,943	292,869	537,033	189,063	19,627	1,351
計画相談支援	117,411	28,349	56,100	31,536	1,159	267
地域移行支援	500	44	74	382	0	0
地域定着支援	2,167	337	642	1,184	2	2
相談支援を含む計	1,160,021	321,599	593,849	222,165	20,788	1,620

# NSSサービス



医療からケアマネジメントを、少しずつ進めていく。

- NSSサービスの活用。
- 対象者の選定。
- チームの形成。
- チーム会議の開催。
- アウトリーチの積極的活用
- 終結を意識した関り

ランタイム版  
CD付き

## NSS

### 日精診版社会生活支援サービス

A5・178頁 1,600円(税別) 送料無料

---

**【内容】**

NSSサービス(概観)  
シート(原本)・シート利用の手引き  
藤野清志さん(架空事例)の  
NSSサービス利用  
NSSサービス利用の流れ・事例シート  
NSSチーム会議シナリオ  
第1回 / 第2回 (緊急会議) /  
第3回 / 第4回  
NSSサービス利用者・使用者の感想  
ランタイム版CD取扱説明書  
Windows版/Mac版

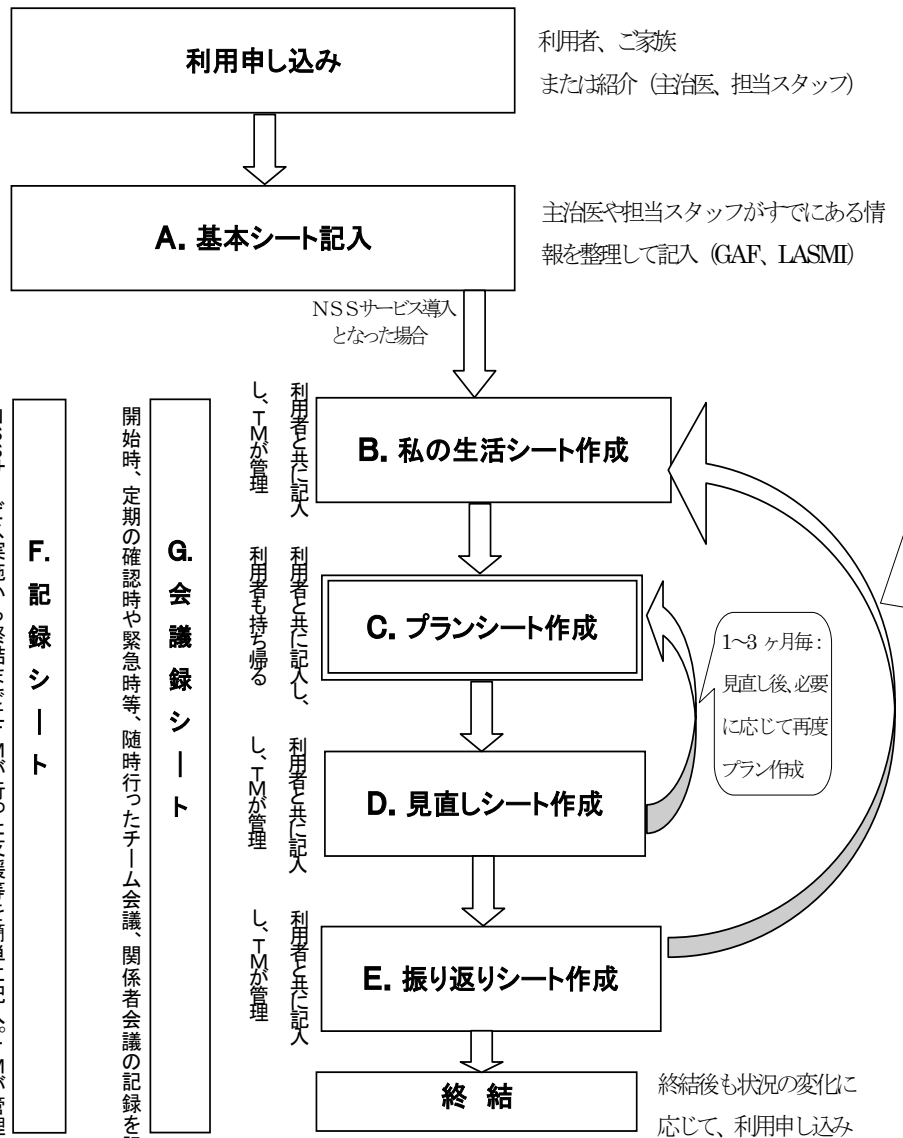
NSSサービス研究会 ● 編 (公社)日本精神神経科診療所協会 ● 刊

精神科診療所には精神疾患を持ちながら、その背景に多様な生活上の困難を抱えておられる方がたくさん受診されます。その人たちに対しては、救済と生活の両面について目を配りながら、包括的、継続的に支援していくケアマネジメントの手法が必要と考え、日精診版社会生活支援サービス(Nisseisin Social Support service: 簡称 NSSサービス)を作成しました。  
付録のCDには、このサービスのシートと活用の手引きが収められています。

本サービスは精神科診療所で活用されることを想定して作成しましたが、地域の自立支援事業所やさまざまな関係機関でも活用していただけたらと考えられています。地域生活中心の支援を実現していくために、このサービスが少しでもお役に立つことができれば幸いです。

池田 恵美 京都大学医学部精神科学教室  
「精神症状があるからさまざまな困難が起きてくる。だから症状がよくなるだけであって」と一概には考えられていたように思う。しかし事實は、いろいろな困難があるなかで心理的立ち回りがなくなり、生活が破たんし、なかなかさまざまな症状が治りきれなくなってしまう。そうしたらどうしたらいい。薬物療法が薬が効かずに適切な治療を受ける人がいる。再発を繰り返す人たちがうまく医療を受けない。日精診版社会生活支援サービス「NSSサービス」は、そうした人たちに生活・心理・社会的困難を克服するための支援ツールである。

# 利用の流れ



6か月毎: 振り返り後、必要に応じて再契約し、再度チェックシートから作成し、プランを立てる

1~3ヶ月毎: 見直し後、必要に応じて再度プラン作成