

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会
代表理事 貝谷 久宣



一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会の概要

1. 結成年月日: 昭和39年3月5日

2. 活動目的及び主な活動内容:

(1)活動目的

本会は「一日も早く」筋ジストロフィーの根本治療が実現することを願い、患者およびその家族の援護と福祉の増進に寄与することを目的として創設された。病因究明と治療法開発のための研究予算の増額要請、及び研究者への協力・激励で、筋ジストロフィー研究の推進を強力に後押ししている。また、入所及び在宅患者のQOLの改善向上を目指して、長年にわたり活動している。

(2)主な活動内容

患者と家族のQOL向上

- ・ 全国43支部と病型別分科会による患者と家族への支援活動
- ・ 患者と家族のための相談支援
- ・ 全国大会及び患者と家族の研修会の開催
- ・ 機関誌「一日も早く」及びホームページ等による情報発信

筋ジストロフィー研究の推進

- ・ 筋ジストロフィー研究への参加と支援
- ・ 神経・筋疾患医学情報登録・管理機構および臨床治験研究促進機構の設立と運営

3. 加盟団体数(又は支部数等):

全国8ブロックに地方本部(北海道・東北・関東甲信越・東海北陸・近畿・中国・四国・九州)

各地方本部の下に合計43支部がある。(令和2年6月現在)

4. 会員数: 1532名(令和2年6月時点)

5. 法人代表: 代表理事 貝谷 久宣

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

1 療養介護病棟入所者のQOL向上について

- (1)入所生活を継続する患者のQOL向上 p4
- (2)病棟のセーフティネットとしての機能の維持 p4
- (3)入所者から地域移行の希望がある場合への対応 p5

2 在宅療養患者のQOL向上について

- (1)医療的ケアを含めた重度な患者への支援拡充 p6
- (2)支給量の地域格差の是正 p7
- (3)本人の体調急変、介護にあたる家族の状況変化への対応 p7
- (4)就学、就労の促進 p7

3 福祉人材の確保

- (1)加算制度の利用状況改善 p8
- (2)人材確保のための施策 p8

4 新型コロナウイルス感染症について

- (1)患者の周囲が感染者・濃厚接触者となった場合の対応 p9
- (2)入所先の面会停止期間への対応 p9

参考資料

筋疾患患者の生活とニーズ(入所者) p10

筋疾患患者の生活とニーズ(在宅療養者) p11

補足資料

p12-16

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

1 療養介護病棟入所者のQOL向上について

(1)入所生活を継続する患者のQOL向上

【現状】

- ・ 療養介護病棟に入所する筋疾患患者は、残存運動機能が指先のみ、関節の拘縮が進行し、人工呼吸器を使用という、医療的にもADL的にも極めて重度な患者が大半を占める。病棟の医療スタッフは少ない人員で、患者ごとに異なる体位変換や入浴等のケアに追われながら、呼吸器管理、頻回の吸引等の生命維持のための業務を行っている。
- ・ 入所者は、特に夜間帯・土休日は極めて少ない人員の中での生活を強いられている。残存運動機能が指先のみという状況にも関わらず、入浴は週2回のみ、ナースコールを押しても病棟スタッフがすぐには対応できないなどは日常茶飯事で、人間らしい生活とは程遠い状態である。
- ・ 入所者の外出時についても、重度訪問介護や、自治体独自での移動支援の支給、利用例があるものの、その支援状況は入所する療養介護病棟による格差が大きい。

【要望】 該当項目:療養介護・重度訪問介護・移動支援

- ・ 当該課題に対応するためには、療養介護病棟の人員増が不可欠であり、質の高い人材が安定的に確保できる就労環境整備が急務である。病棟の人員配置基準を見直し、看護師・療法士・療養介助員・指導員等、全職種職員の労働環境を整えることにより、入所者が安心して人間らしい療養生活が送れるようにしていただきたい。
- ・ 入所者の社会参加や外出を促進するため、地域格差を是正し、外出できるサービス支給を行っていただきたい。また、外出するためのサービスをはじめ、利用できる制度をわかりやすく周知されたい。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

1 療養介護病棟入所者のQOL向上について

(2) セーフティネットとしての機能の維持

【現状】

- ・ 筋疾患患者は症状の進行に伴い、高度な医療的ケアが常時必要な状態になる。また、多様な病型があり、CNS障害を伴う患者も一定数の割合で存在する。

【要望】 該当項目:療養介護

- ・ 療養介護病棟はセーフティネットとしての位置づけで、地域からの受入を可能にし、既存の入所者へ一律に地域移行へと圧力を強めるのは避け、患者の適性と心身の状況に合わせて、病棟での療養生活が維持継続できるよう、個別に適した支援を行っていただきたい。

(3) 入所者から地域移行の希望がある場合への対応

【現状】

- ・ 地域移行には、患者自身の適性と、本人が自己実現を図る能力を身につけるための訓練が必要である。また、入所中の筋疾患患者は医療的ケアが不可欠な患者が大半で、病棟内の多職種連携だけでなく、地域の福祉・医療との連携が必要である。その連携業務は指導室が担当することが多いが、指導室はそれ以外にも多くの業務を担当しており、その内容と質は人員体制によって大きく異なる。

【要望】 該当項目:療養介護・地域移行支援

- ・ 無理のない地域移行が実現できるよう、地域移行に関わる一連の支援を体系化し、病棟職員の業務として算定、評価していただきたい。
- ・ 医療的ケアをコーディネートする仕組みを必須とし、地域の医療・福祉・介護と緊密に連携し、病棟で行われていたケアが地域移行後も継続されるよう、切れ目のない支援を行っていただきたい。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

2 在宅療養患者のQOL向上について

(1) 医療的ケアを含めた重度な患者への支援拡充

【現状】

- ・ 地域で暮らす筋疾患患者(児)が増えている。進行性の病気であるため、年齢とともに呼吸器、吸引、胃瘻等の医療的ケアが必要となる。医療と呼吸器などの機器の進歩により、DMD平均寿命が30歳を超える現在では、家族が全ての介護を担うのは困難になっている。更に医療的ケアを提供する事業者・支援者の数は極めて少ない。
- ・ 医療的ケアの開始を理由に、それまで利用していた訪問・通所等の福祉サービスを断られ、行き場を失う患者(児)が増加している。

【要望】 該当項目: 重度訪問介護・生活介護・放課後等デイサービス

- ・ 医療的ケアを含めた重度な患者への支援を行う体制を整え、患者の生活場所を確保していただきたい。具体的には
 - ① 医療的ケア実施人員の確保
喀痰吸引等については実態に即して、研修等の手続きの簡素化をしていただきたい。
 - ② 事業所が採算可能な制度設計
看護師等の配置に対する加算を人員数に応じたものとし、利用者欠席時の調整にあたる人件費を保障する等、医療的ケアが必要な利用者の受入体制が充実するよう制度設計を見直していただきたい。これにより、生活介護事業所、放課後等デイサービス等への医療的ケア利用者の受け入れを促進していただきたい。

(2) 支給量の地域格差の是正

【現状】

- ・ 重度訪問介護の24時間利用、居宅介護、移動支援等の支給量が、本人の身体状態、介護にあたる家族の環境等による必要量ではなく、居住自治体の財政状況や担当職員の考え方により決定されており、格差が大きい。

【要望】 該当項目: 重度訪問介護・居宅介護・移動支援

- ・ 本人の身体状態、介護にあたる家族の環境等による必要量に応じて支給を行うよう、自治体を指導していただき、また自治体がその指導に従えるよう財政補助を、検討していただきたい。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

2 在宅療養患者のQOL向上について

(3) 本人の容態急変、介護にあたる家族の状況変化への対応

【現状】

- ・ 患者の高年齢化、重度化が進行している。容態急変や医療的ケアへの依存度が急に高くなることで、自宅での介護ができなくなる事態が増えている。
- ・ 患者の高年齢化に伴い、その介護を担う家族の高齢化も深刻な問題である。家族に疾患が見つかった際に、患者の受け入れ先がないことで、家族の入院加療が遅れるといった事態も複数報告されている。また、親亡き後の患者の介護の問題も深刻である。

【要望】 該当項目: 短期入所・横断的事項

- ・ 地域生活支援拠点を医療的ケア利用者にも対応させ、レスパイト入院、短期入所、緊急一時入院等、万が一の際の、患者の居場所を確保し、患者だけでなく家族の安心と健康を守っていただきたい。

(4) 就学、就労の促進

【現状】

- ・ 「重度訪問介護者の大学修学支援事業」が始まり、重度障害のある学生が支援を受けられる道が開かれたが、地域生活支援促進事業の位置づけで、支給状況に地域格差が大きい。
- ・ 就労中の介護サービス利用は不可とされており、障害者の就労機会を奪っている。

【要望】 該当項目: 重度訪問介護・移動支援

- ・ 就学時の介護サービス利用は、学ぶ権利の保障のため、義務的経費の位置づけに変更していただきたい。
- ・ さいたま市独自の「重度障害者の就労支援事業」を参考に、就労を通じた社会参加の機会を促進し、重度障害者の就労機会の拡大を図っていただきたい。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

3 福祉人材の確保

(1) 加算制度の利用状況改善

【現状】 該当項目:生活介護・重度訪問介護・居宅介護

- ・ 居宅介護特定事業所加算の取得状況が24.6%、処遇改善加算 I の取得が69.3%等、制度があまり利用されていない状況がある。

【要望】

- ・ 事業所が従業員の労働環境を守り福祉人材を確保・育成できるよう、加算制度の周知と推奨を徹底されたい。

(2) 人材確保のための施策

【現状】

- ・ 福祉の業界は、障害者とその人らしく暮らすことを支え、その家族の健康と生活をも守る素晴らしい仕事であるにも関わらず、ネガティブな側面にばかり注目が集まり、慢性的な人材難が続いている。その結果、必要な時間・内容での支援が受けられない事象が頻発している。

【要望】 該当項目:横断的事項

- ・ 福祉分野に人材が集まる施策を行政と業界が一体となって検討し改善されたい。例えば①既に実施されている施策(加算制度等)を事業所が適切に運用することで、改善された処遇を行き渡らせ、長く働き続けられる職種とする ②身体介助を伴わない支援の資格要件の緩和を行い、福祉業界で働き始めることを容易にする、といった制度面の取り組みを続け、その改善状況を広報する等、ありとあらゆる手を打っていただきたい。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細)

4 新型コロナウイルス感染症について

(1) 患者周囲の人間が感染者、濃厚接触者となった場合の対応

【現状】

- ・ 筋疾患患者(児)は日常的に介護が必要なため、本人の感染だけでなく、家族や訪問看護・介護従事者が感染者、濃厚接触者となることでも、生活と生命が脅かされる。
- ・ 筋疾患患者(児)は心肺機能が衰えているため、感染時は重篤となるリスクが高い。患者が取り残された場合に、平常時利用している通所施設やかかりつけ病院への入院は難しいことが想定される。

【要望】 該当項目:横断的事項

- ・ 同居家族や訪問看護・介護従事者が感染者、濃厚接触者となった場合でも、安心して生活が送れるようにするよう、かかりつけ医の医療機関と感染症専門の医療機関との連携・情報共有等の制度設計を求める。

(2) 面会停止期間の対応

【現状】

- ・ 平常時でも病棟は人員不足であり、感染拡大状況下では感染予防対応のために更に人員不足が深刻になっている。そのため、リハビリ回数減少による関節拘縮の進行等、入所者の身体状況の増悪が報告されている。
- ・ 感染防止のため、入所者は家族との面会が禁止され、精神的に不安定になる等、心理的に追い込まれた状況になっている。患者に長期間面会できず、容態を心配する家族も同様である。電話やオンライン会議での交信や面会にも、残存運動機能の少ない入所者には長時間のサポートが必要であり、上記の人員不足のため実現困難である。

【要望】 該当項目:療養介護

- ・ 感染拡大下でも入所患者に必要な医療ケアが継続して提供できるよう、平常時とは異なる人員配置基準に変更し、病棟の人員を増強していただきたい。
- ・ 感染拡大下でも、患者と家族が電話やオンライン会議で交信・面会し、精神面のケアを行えるような体制を整えていただきたい。

参考資料 筋疾患患者の生活とニーズ（入所者）

生活	ニーズ	方法
入所希望	<ul style="list-style-type: none"> ・待機者の解消（空き状況は病院による） ・体調急変、家族介護体制に対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所条件の見直し（区分5・6） ・セーフティネットとしての機能保持 →意見1(2)
病棟生活 継続	<ul style="list-style-type: none"> ・生活全般（飲食・体位変換・入浴・通信） 	<ul style="list-style-type: none"> ・全職種の人員配置増 →意見1(1) （看護師・PT・OT・指導員・保育士・療養介助員） ・重度訪問介護の利用（区分6・コミュニケーション支援のみ）
	<ul style="list-style-type: none"> ・外出支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・重度訪問介護の利用例あり（区分4～） →制度周知が必要 →意見1(1) ・入所者に移動支援を出している自治体もあるが少数 →地域格差の改善が必要 →意見1(1)
地域移行 希望	<ul style="list-style-type: none"> ・本人への訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟サイド 主に、指導室が担当するが、指導室はそれ以外にも多くの業務を担当しており、その内容と質は人員体制によって大きく異なる。 →評価対象とし、支援内容を体系化、経験蓄積が必要。 →意見1(3)
	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の受け入れ態勢の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟内外の多職種、地域行政、事業所との連携 医療的ケアを地域の支援者が行えるよう、途切れない支援が必要。 →評価対象とし、支援内容を体系化、経験蓄積が必要。 →意見1(3)
	<ul style="list-style-type: none"> ※セーフティネットが必要なかたがいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・CNS障害を伴う患者も一定数存在する。 ・適性のないかたへの圧力にならぬよう個別の支援が必要。 →意見1(2)

参考資料 筋疾患患者の生活とニーズ（在宅療養者）

生活	ニーズ	方法
自宅での生活	<ul style="list-style-type: none"> ・重度訪問介護 (18歳～ 区分4～) 	<ul style="list-style-type: none"> ・支給量地域格差の是正 →他項目も含めて、本人と家族にあわせた支給量を指導 →意見2(2) ・事業所の確保、ヘルパーの確保 →短時間利用の単価変更 →特定事業所加算、処遇改善加算を取得するよう事業者指導 →意見3(1) →業界、職業イメージの改善 →意見3(2)
	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護 	<ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引等研修の浸透、加算 →意見2(1)
	<ul style="list-style-type: none"> ・移動支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域格差の是正 →支給量意見2(2) 入所中の利用意見1(2)
通所施設利用	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所 ・体調急変、家族介護体制に対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア(特に人工呼吸器)利用時の受け入れ →意見2(2) ・新型コロナウイルス対応
通所施設利用 (成人) (児童・生徒・未 就学児)	<ul style="list-style-type: none"> ・生活介護事業所 ・地域活動支援センター ・放課後等デイサービス ・児童発達支援 	<ul style="list-style-type: none"> 受け入れ先の確保→事業所の経営維持 ・医療的ケア(特に人工呼吸器)利用時の受け入れ 看護師、喀痰吸引等研修受講者 ・手厚い人員配置(活動・送迎) 欠席で収入が上がらない →意見2(2)
高等教育 就労	<ul style="list-style-type: none"> ・就学時の介護 	<ul style="list-style-type: none"> ・「重度訪問介護の大学修学支援事業」は地方格差大 →意見2(4)
	<ul style="list-style-type: none"> ・就労時の介護 	<ul style="list-style-type: none"> ・通勤者には障害者介助等助成金 ・在宅就労時の利用についてさいたま市独自制度 →意見2(4)

1 療養介護病棟入所者のQOL向上について

(2) 病棟のセーフティネットとしての機能の維持

患者のCNS障害: DMD精神発達遅延の根拠資料

本研究では、デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者の30人中10人はIQが75未満であった。IQ・年齢・重症度の間には相関が見られなかった。

Discussion

The association of intellectual impairment with Duchenne dystrophy has long been recognised.⁸⁻⁹ Several studies have shown that there is no correlation between IQ, age, and the duration or severity of the disease.⁹⁻¹¹ The IQ range in patients with Duchenne dystrophy showed a normal distribution curve with a shift to the left, and about one-third of those with Duchenne dystrophy had an IQ below 75.¹² In the present study, 10 out of 30 patients with Duchenne dystrophy had an IQ below 75 and there was no correlation between IQ, age, and severity of the disease.

In a neuropathological study, Rosman and Kakulas¹ reported abnormalities in the brain of patients with muscular dystrophy. Dubowitz and

出典: Mieko Yoshioka, Takehiko Okuno, Yoshihito Honda, and Yoshihisa Nakano, Central nervous system involvement in progressive muscular dystrophy, Archives of Disease in Childhood, 1980, 55, 589-594.

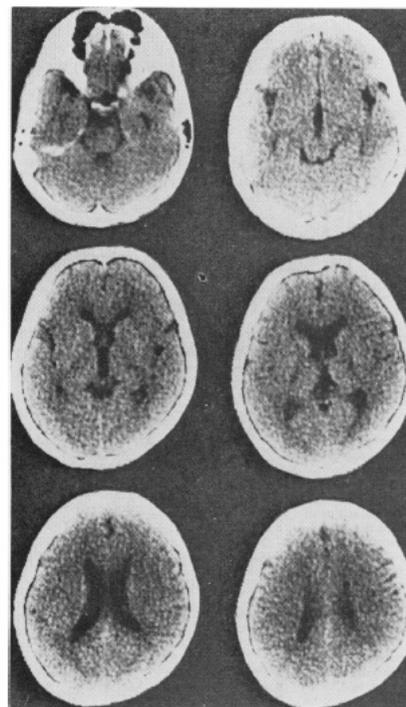


Fig. 2 CT scan of a 20-year-old youth with Duchenne dystrophy. There was slight enlargement of the interhemispheric fissure and both Sylvian fissures; the cerebral convexity sulci were also apparent.

as spike or sharp wave complex and spike, were most often seen in those with a low density area in addition to cerebral atrophy in CMD, and among these patients epileptic seizures occurred in 3. Half of the patients with CMD had EEG abnormalities, but in those with Duchenne dystrophy, spike was observed in only one case and in no patient did epileptic seizure occur.

Fig. 4 shows the relation between CT findings and the stage of disability. In CMD, those with a low density area in addition to cerebral atrophy showed severe motor disability and none could walk. Among 25 with CMD, only one could walk and again there was a low density area seen on CT scan. In Duchenne

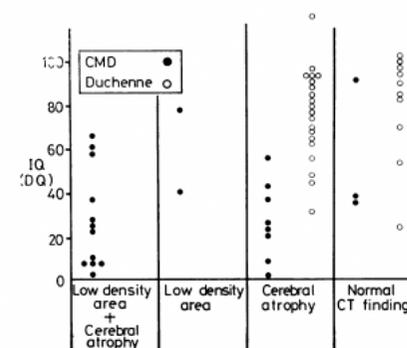


Fig. 3 Relationship between CT findings and IQ.

dystrophy, those with cerebral atrophy showed severe motor disability compared with those with normal CT findings.

The relationship between CT findings and age is shown in Fig. 5. In CMD, severe CT findings were seen in the younger age group, but in Duchenne dystrophy, cerebral atrophy was observed in the older patients.

Fig. 6 shows the relation between CT findings, IQ, and age in patients with Duchenne dystrophy. It was interesting that in these cases the older the patient, the more severe were the CT findings.

On ophthalmological examination (Table 5), a high incidence of myopia, weakness of the orbicularis oculi, lack of Bell's reflex, and blinking at rare intervals were seen in those with CMD. No pigmentary retinal degeneration was found and cataracts were rare. One important finding in this study was bilateral optic atrophy noted in several cases. Three out of 21 patients with CMD were diagnosed as having optic nerve atrophy and 6 more cases were suspect. Among those with Duchenne dystrophy, one was suspected to have optic atrophy. In 3 diagnosed as having optic atrophy in CMD, all had a low density area in the white matter in addition to cerebral atrophy on CT examination. In 5 suspected cases, a low density area was found in 2 (40%) and cerebral atrophy in 3 (60%). One case of Duchenne dystrophy was clearly diagnosed as type I Duane's syndrome, and one case of CMD was suspected to be type II Duane's syndrome. In a case of Duchenne dystrophy, lattice degeneration of the equatorial retina was found. Macular degeneration of unknown aetiology was observed in one eye of a patient with Duchenne dystrophy.

2 在宅療養患者のQOL向上について

(1) 医療的ケアを含めた重度な患者への支援拡充

要旨: 1999～2012年の毎年10月1日時点で国内27筋ジストロフィー専門入院施設に入院中のDuchenne型筋ジストロフィー患者の病状と死因の経年変化を解析した。(中略)死亡時平均年齢は2000年の26.7歳から2012年に32.4歳になった。集学的医療の効果により患者の寿命は延長している。

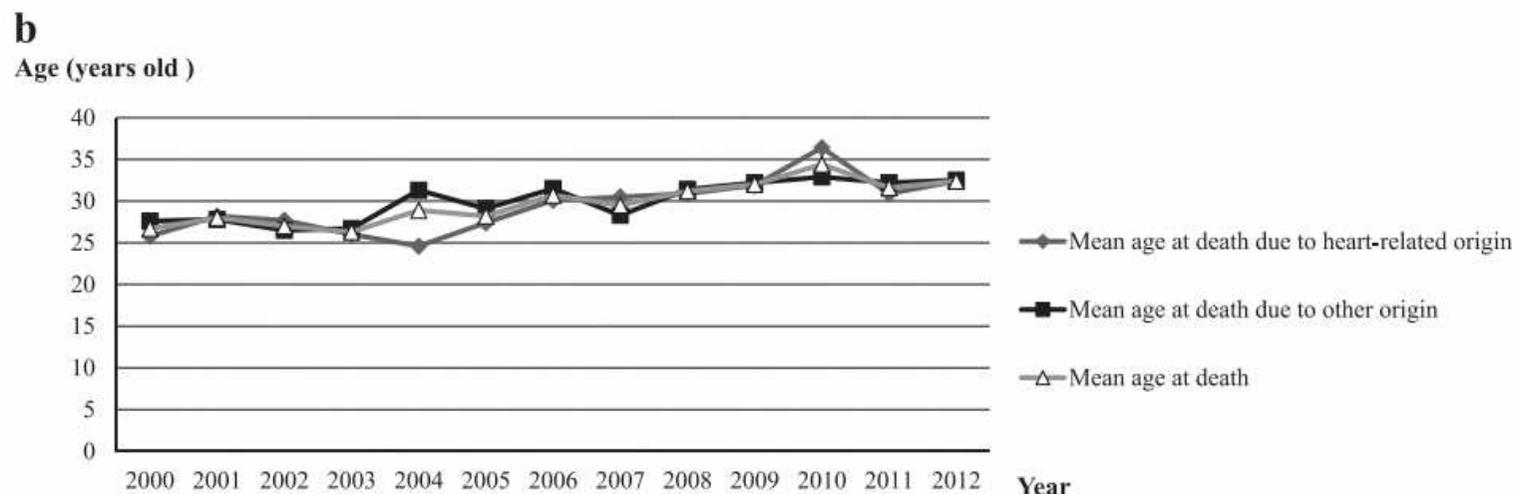


Fig. 4 Causes of death in 3 multiple-year periods (a) and sequential changes in mean age at death (b).

a: approximately half of the causes of death in each period had a heart-related origin, namely heart failure or arrhythmia. The next most common had a respiratory-related origin, such as respiratory failure or respiratory infection. As a newly reported cause of death, renal failure increased in the period from 2008 to 2012. b: the mean age of death was 32.4 years old in 2012 as compared to 26.7 years old in 2000. The mean age of death due to heart-related and other origins gradually increased throughout the study period.

出典: 齋藤利雄・多田良勝義・川井充, 国内筋ジストロフィー専門入院施設におけるDuchenne型筋ジストロフィーの病状と死因の経年変化(1999年～2012年), 臨床神経 2014; 54; 783-790.

補足資料

2 在宅療養患者のQOL向上について

(1) 医療的ケアを含めた重度な患者への支援拡充

・世界で発売された治療薬一覧(下)

これ以外にも、複数の治療薬研究が進行しており、今後ますます、患者の平均寿命があがり、介護にあたる家族の高齢化が進行すると見込まれる。

対象疾患	製薬会社	品名
SMA	バイオジェン(米)	スピララザ
SMA	ノバルティスファーマ(米)	ゾルゲンスマ
DMD51	サレプタ(米)	エテプリルセン
DMD53	日本新薬(日)	ビルトラルセン
	PTC	アタルレン

・日本筋ジストロフィー協会「臨床治験研究促進機構」から提出した要望文(右)

厚生労働省、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、日本製薬協業協会の三者に対し、患者の負担を少なく、客観的な効果判定ができる最新技術を使用した治験が実現するよう求めた。

要望文

一般社団法人日本筋ジストロフィー協会(本部・東京)は、1968年の創立以来「一日も早く」をスローガンとして筋ジストロフィーの原因究明と治療開発の促進、並びに患者QOLの向上のための活動をしてまいりました。このたび、官学産界の絶大な尽力のおかげで日本初の筋ジストロフィーの遺伝子治療薬 NS-065/NCNP 01 (ビルトラルセン)の国内製造販売の承認申請を行ったとの発表が2019年9月26日に日本新薬株式会社からありました。この新薬の治療対象となるのはデュシェンヌ型筋ジストロフィー遺伝子のエクソン53に変異がある患者だけで、デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者の7.7%に過ぎません。さらに、デュシェンヌ型筋ジストロフィーは筋ジストロフィー全体の中の1割前後に過ぎず、筋ジストロフィーという病気の遺伝子治療には変異遺伝子ごとの治療薬の開発が必要となってきます。今後も、筋ジストロフィー治療には数多くの臨床治験研究が行われることとなります。

さて、現在行われている筋ジストロフィーの臨床治験では、治験前後の筋生検、経過中の運動機能をはじめとする種々なる生体検査が繰り返し行われています。このような検査は身体機能に障害があり、種々な内科的疾患も併発していることの多い患者にとっては大変な負担です。また、ただでさえ萎縮している筋肉を治験前後2回も採取することは患者にとっておきなき身の外傷となっています。また、これらの検査はすべて病院で行われることとなりますから、身体機能の低下した患者には年余にまたがる通院という大きな難儀も常につきまといます。

IT技術の進歩した現代社会では軽便な生体機能測定機器が健康グッズとして数多く出現しています。生体の生理機能測定にウェアラブル機器を使用して行う臨床治験が既にヨーロッパでは始まったと聞きます。また、医療工学の発達した現在、過酷な筋生検に代わる新しい検査方法 — 例えば質量分析計を利用するような方法 — が必ずあると考えられます。

以上のことを鑑み、私共日本筋ジストロフィー協会会員は、患者の負担の少ない、さらにより客観的に効果の判定ができる最新技術を使用した治験が「一日も早く」実現するよう官学産界に謹んで要望いたします。

一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会 臨床治験研究促進機構
理事長 貝谷久宣

補足資料

2 在宅療養患者のQOL向上について

(4) 就学、就労の促進

出典:さいたま市HP
重度障害者の就労支援事業



補足資料

2 在宅療養患者のQOL向上について

(3) 本人の容態急変、介護にあたる家族の状況変化への対応

地域生活支援拠点等の機能強化

- 地域生活支援拠点等は、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、障害者の生活を地域全体で支えるため、居住支援のためのサービス提供体制を、地域の実情に応じて整備するもの。
- 第5期障害福祉計画（平成30年度～令和2年度）では、令和2年度末までに「各市町村又は各障害保健福祉圏域に少なくとも1カ所の整備」を基本。

※参考：全国1,741市町村の整備状況

平成31年4月時点における整備状況 332市町村（うち、圏域整備：42圏域188市町村）
令和2年度末時点における整備見込 1,432市町村（うち、圏域整備：172圏域669市町村）



出典：第7回「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」(2020年6月19日)
参考資料1「障害福祉サービス等について」p13

補足資料

3 福祉人材の確保

(1) 加算制度の利用状況

出典：第7回「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」(2020年6月19日)
参考資料1「障害福祉サービス等について」p20

居宅介護の報酬算定状況(令和元年12月サービス提供分)

加算部分

加算名称	単位数	取得率	費用額
利用者負担上限額管理加算	150単位/月	12.7%	6,288千円
特定事業所加算(Ⅰ)	所定単位数の20%を加算	6.0%	350,402千円
特定事業所加算(Ⅱ)	所定単位数の10%を加算	17.9%	255,130千円
特定事業所加算(Ⅲ)	所定単位数の10%を加算	0.6%	17,390千円
特定事業所加算(Ⅳ)	所定単位数の5%を加算	0.0%	181千円
特別地域加算	所定単位数の15%を加算	16.4%	132,204千円
初回加算	200単位/月	13.0%	7,768千円
緊急時対応加算	100単位/回	1.5%	609千円
喀痰吸引等支援体制加算	100単位/日	3.4%	16,716千円
福祉専門職員等連携加算	564単位/回	0.0%	77千円

I 介護職員処遇改善加算の取得状況等について

○ 介護職員処遇改善加算の取得(届出)の状況

介護職員処遇改善加算の取得状況を見ると、加算を「取得(届出)している」事業所が、91.1%、加算を「取得(届出)していない」事業所が8.9%となっている。
また、加算の種類別(Ⅰ～Ⅴ)の取得状況を見ると、加算(Ⅰ)を取得している事業所が、69.3%となっている。(統計表P1・第1表)

	取得(届出)している	加算(Ⅰ)	加算(Ⅱ)	加算(Ⅲ)	加算(Ⅳ)	加算(Ⅴ)	取得(届出)していない
	全体	91.1%	69.3%	11.6%	9.1%	0.4%	0.6%
介護老人福祉施設	98.5%	84.7%	8.4%	4.8%	0.4%	0.2%	1.5%
介護老人保健施設	94.6%	75.2%	10.2%	7.6%	0.4%	1.2%	5.4%
介護療養型医療施設	70.0%	37.6%	11.6%	17.7%	1.0%	2.0%	30.0%
訪問介護	88.4%	63.7%	13.3%	9.9%	0.7%	0.9%	11.6%
通所介護	89.6%	66.2%	12.7%	9.9%	0.4%	0.4%	10.4%
認知症対応型共同生活介護	99.0%	84.4%	6.8%	7.3%	0.1%	0.5%	1.0%

注)通所介護には地域密着型通所介護を含む。

○介護職員処遇改善加算の種類

- 加算(Ⅰ):介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 37,000円相当(キャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、要件Ⅲ、職場環境等要件の全てを満たす場合)
- 加算(Ⅱ):介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 27,000円相当(キャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、職場環境等要件の全てを満たす場合)
- 加算(Ⅲ):介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 15,000円相当(キャリアパス要件Ⅰ又は要件Ⅱのどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たす場合)
- 加算(Ⅳ):介護職員処遇改善加算(Ⅳ) ×0.9相当(キャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれかを満たす場合)
- 加算(Ⅴ):介護職員処遇改善加算(Ⅴ) ×0.8相当(キャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれも満たさない場合)

出典：
介護給付費分科会—介護事業経営調査委員会
(2019年4月10日)