

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



公益社団法人日本精神科病院協会

公益社団法人日本精神科病院協会 概要

1. 設立年月日:昭和24年6月

2. 活動目的及び主な活動内容:

近代精神科医療のあるべき姿を明確にし、日本国民の精神保健の向上と精神疾患を持つ人への適切な医療・福祉の提供、精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進を図ることを目的として、私立の精神科病院によって当協会は設立された。昭和29年に社団法人登記、平成13年には日本精神科病院協会に改称し、協会は大きく発展を遂げ、現在では、会員病院の精神病床総数も全国の85パーセント以上を占めるに至っている。日本精神科病院協会はこれまでに、精神科医療の発展、精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進、国民の精神保健・医療福祉の向上などについて、広く日本国民へ普及啓発活動を精力的に行うと同時に、厚生行政への積極的な提言を行い、精神保健福祉法や精神保健福祉士の国家資格化など、関係法規の成立・改正に尽力してきた。平成24年に社団法人から公益社団法人に移行した。

【主な活動内容】

- ・ 精神保健医療福祉に関する調査研究及び資料収集
- ・ 精神保健医療福祉従事者の人材育成及び教育研修
- ・ 精神保健医療福祉に関する普及及び啓発

3. 会員数: **1,196病院**(令和元年7月時点)

会員が保有する障害者総合支援法関連施設数 **2,986施設**

4. 法人代表: 会長 山崎 學(サンピエール病院 理事長・院長)

日本精神科病院協会が考える障害福祉サービス等(総論)

障害福祉サービス等の利用者数は年々増加しており、平成31年4月時において障害福祉サービス利用者総数約87.3万人中、精神障害者の利用者数は約23.0万人であり、3割弱を占めている。

また、精神障害者利用者数の直近1年間の伸び率は7.7%であり、身体障害者及び知的障害者における伸び率を大きく上回っており、日本精神科病院協会の会員病院が保有する障害者総合支援法に定める障害福祉サービス等施設数も全国で延べ3,000弱に上っている。

こうした状況から、障害福祉サービス等は精神障害者の地域生活支援にとって必要不可欠な社会資源であり、多くの当協会会員病院が医療との連携を模索しながら障害福祉サービス等の運営を通して、精神障害者の地域生活支援に鋭意取り組んでいる。

精神障害者の特性として、その大半で疾病と障害が併存しており病状が障害の程度に強く影響し、経過の動揺性が高く不安定であることが挙げられ、病状悪化時のみならず、精神障害者の地域生活の安定維持と充実にこそ、精神科医療の関わりが不可欠である。

従って、精神障害者が障害福祉サービス等を利用するにあたっては、他の2障害とは異なり、福祉の視点・意見のみならず医療の視点・意見が十分に反映される必要があり、これらが実行されて初めて医療と障害福祉の連携が実現することとなり、障害福祉サービス等が精神障害者の地域生活支援にとって真に必要な役割を果たし、真に必要な社会資源となるものとする。

障害福祉サービス等の利用にあたり、医療・医学的視点からの意見や対応が、そのサービスや支援に十分反映される制度設計となるよう望む。

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)

平成29年2月に「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」において、精神障害者が地域の一員として安心して生活できるよう、社会基盤の整備を進めるべく「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が必要であることが示された。また、第5期障害福祉計画及び現在審議中の次期計画においても、その成果目標に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が明記されている。

社会基盤の整備には、「精神障害者が心身の健康を維持・促進するための支援体制の整備」「緊急時の支援体制の整備」「就労を含む社会参加に向けた支援体制の整備」が含まれている。

さらに精神障害者の大半は精神疾患が併存しており、その支援にあたっては精神科医療の視点並びに関与が不可欠である。

以上の観点から、日本精神科病院協会として次期障害福祉サービス等報酬改定に対して、以下の項目について要望する。

1. 生活介護・短期入所・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型における「食事提供体制加算」の適用期限の延長
2. 地域生活支援拠点に参画する共同生活援助における「緊急短期入所受入加算」「定員超過特例加算」の新設
3. 就労継続支援A型・就労継続支援B型における「福祉専門職配置等加算」の拡充
4. 障害福祉サービスにおける「医師意見書」の活用方法と評価の見直し

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(詳細版)

1. 生活介護・短期入所・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型における「食事提供体制加算」の適用期限の延長

精神疾患・精神障害とリスク因子としての生活習慣病を始めとする慢性身体疾患との関係性については、多くの調査研究等により報告されているところである。

特に統合失調症やうつ病では、症状や生活管理への困難さ等を背景に肥満を始めとする生活習慣病合併のリスクが高く、それらは障害者のQOLに多大な影響を与えるばかりでなく、近年では統合失調症患者の平均寿命が一般人口や他の精神疾患患者と比べて短いことが多数報告されており、精神障害者の健康寿命の伸長のためには、精神症状のコントロールのみならず、日々の栄養管理が重要な課題であると考えられる。

これらの裏付けとして、障害者総合支援法における医師意見書の記載事項には生活障害に関する評価項目として「食事」が、並びに障害支援区分認定調査項目として「2-1食事」「2-6健康・栄養管理」が、他にも国民年金・厚生年金保険の診断書と精神保健福祉手帳用診断書においても日常生活能力の判定尺度として「適切な食事」が取り入れられている。

これらを踏まえると、**障害福祉サービス事業所における適切な食事提供は障害者の健康と健全な日常生活維持の観点から重要な役割を果たしている**ことは論を俟たない。

一方、厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「食事提供体制加算等に関する実態調査報告書」によれば、食事提供にあたり、障害福祉サービス事業所においては多くの配慮に加えて、様々な困難に直面していることが明らかになっている。

以上より、「食事提供体制加算」は障害者(障害福祉サービス利用者)の負担軽減や心身の健康維持・促進のみならず、安全・適切な食事提供に係る障害福祉サービス事業所の人員・設備面の整備等にも資するものと考えられ、「食事提供体制加算」の廃止は障害福祉サービス事業所の運営面からのみならず、障害者(障害福祉サービス利用者)の健康維持・生活支援の観点からも問題である。**【視点1】【視点2】**

これらを勘案して、「食事提供体制加算」の適用期限の延長を要望する。

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(詳細版)

表2. 生活習慣病の割合

	統合失調症	外来患者	入院患者	一般人口
肥満	30.2%	48.9%	23.1%	24.7%
高血圧	22.6%	30.5%	19.9%	27.2%
高TG血症	19.6%	33.3%	14.5%	29.8%
高LDL-CHOL血症	17.1%	23.9%	14.8%	22.2%
低HDL-CHOL血症	17.1%	14.7%	18.1%	15.3%
糖尿病	11.2%	16.8%	7.1%	10.9%

統合失調症と生活習慣病の割合

Sugai T, et al. (PLOS ONE, 2016)

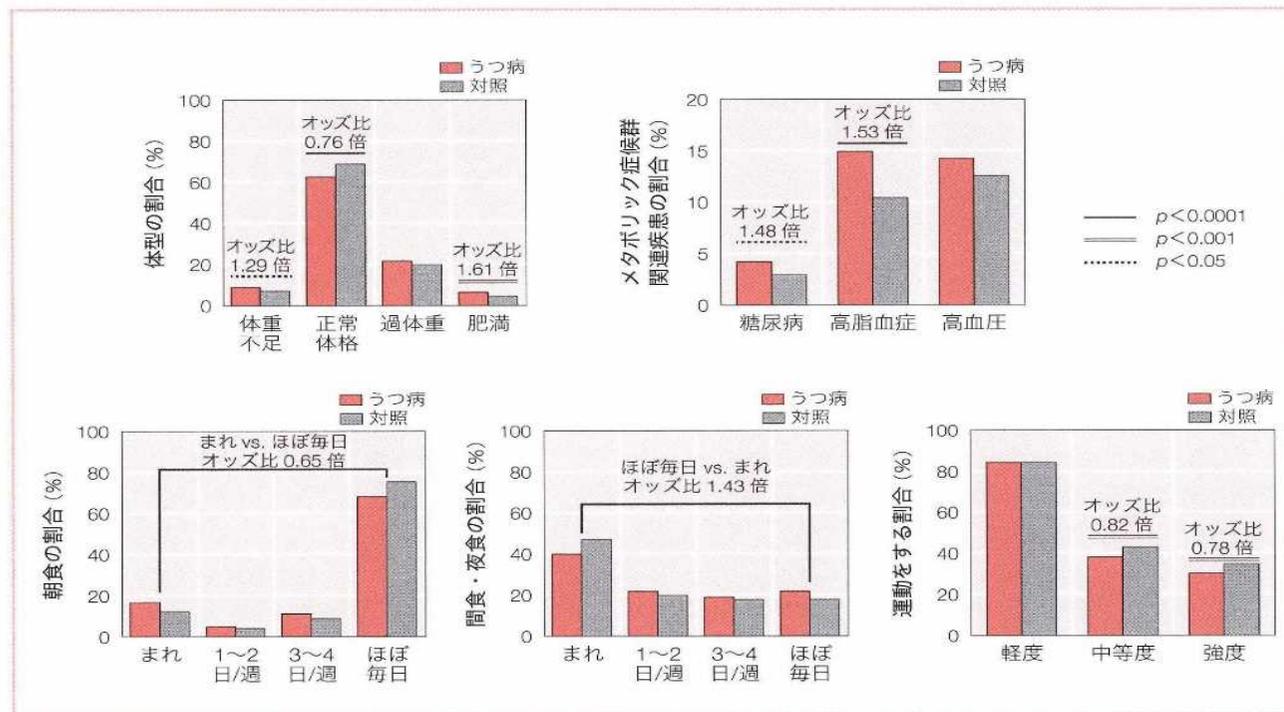


図1 病と関連する生活習慣や生活習慣病
うつ病 1,000人、対照群 10,876人。

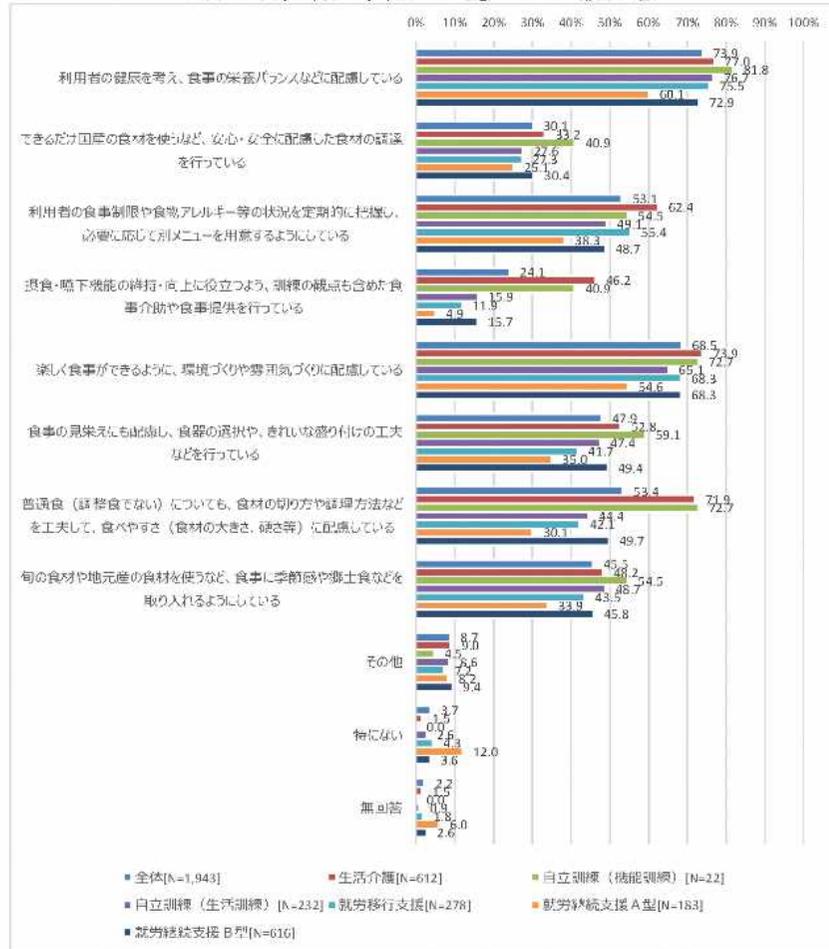
(Hidese S, et al. J Psychiatr Res 2018 ; 102 : 23-8より)

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(詳細版)

食事の提供で事業所として配慮していること

「利用者の健康を考え、食事の栄養バランスなどに配慮している」が73.9%、「楽しく食事ができるように、環境づくりや雰囲気づくりに配慮している」が68.5%、「普通食（調整食でない）についても、食材の切り方や調理方法などを工夫して、食べやすさ（食材の大きさ、硬さ等）に配慮している」が53.4%、「利用者の食事制限や食物アレルギー等の状況を定期的に把握し、必要に応じて別メニューを用意するようにしている」が53.1%等となっている。

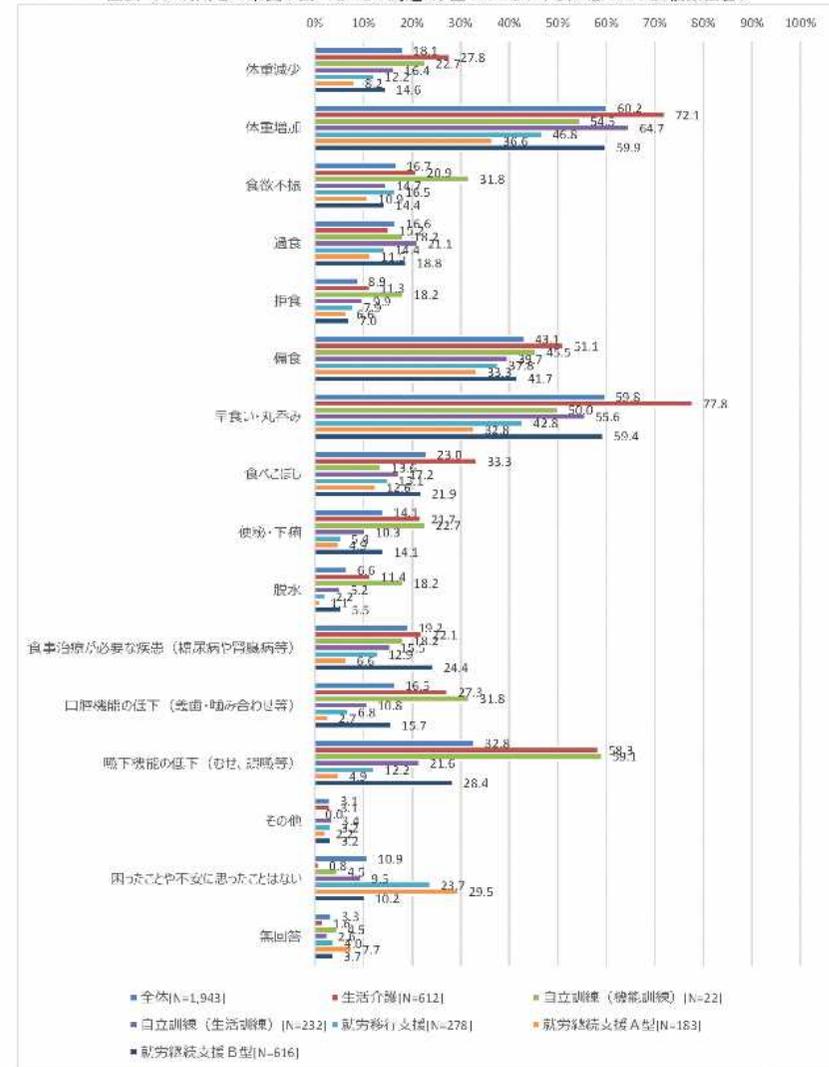
図表 29 食事の提供で事業所として配慮していること(複数回答)



利用者の栄養や食べることで、困ったことや不安に思ったこと

「体重増加」が60.2%、「早食い・丸呑み」が59.8%、「偏食」が43.1%等となっている。

図表 30 利用者の栄養や食べることで、困ったことや不安に思ったこと(複数回答)



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(詳細版)

2. 地域生活支援拠点に参画する共同生活援助における「緊急短期入所受入加算」「定員超過特例加算」の新設

障害者の地域生活支援を進めるとともに、障害者の高齢化・重度化や親亡き後に備えて地域生活の安定化を図るためには、障害者の生活を地域全体で支える体制の構築が急務であり、地域生活支援拠点の整備及び機能強化については、引き続き第6期障害福祉計画の成果目標に明記されているところであるが、厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業「地域生活支援拠点等の整備に関する実態調査報告書」によれば、全国の整備状況は極めて不十分である。

さらに、同報告書における令和元年10月1日時点で「未整備」の市町村を対象とした、「備えるのが特に困難な拠点機能」への回答としては「緊急時の受け入れ・対応」が最多であった。

障害福祉サービスの介護給付である短期入所では「緊急短期入所受入加算」「定員超過特例加算」の算定が可能だが、訓練等給付である共同生活援助においては地域生活支援拠点に参画する場合でも、短期入所における上記加算に相当する報酬設定は何らなされていない。

障害福祉計画において体制整備が重点項目とされている**地域生活支援拠点の確保・整備を着実に進めるためにも、夜間休日を含む緊急時の受け入れ・対応に共同生活援助も積極的に関与する必要がある**、加えて配置職員が精神障害者の日常生活の状況を熟知している共同生活援助が、地域生活支援拠点の整備及び機能強化の過程で積極的に役割を担うことは、地域生活支援拠点に求められる「緊急時の受け入れ・対応」以外の4つの機能への相乗効果も期待でき、地域生活支援拠点に関わる、障害福祉サービス事業を始めとする様々な社会資源の適正な運用にもつながり、ひいては社会保障費の削減に資するものとする。【視点1】【視点2】【視点3】

これらを勘案して、**地域生活支援拠点に参画する共同生活援助については短期入所と同様に「緊急短期入所受入加算」「定員超過特例加算」を新設するよう要望する。**

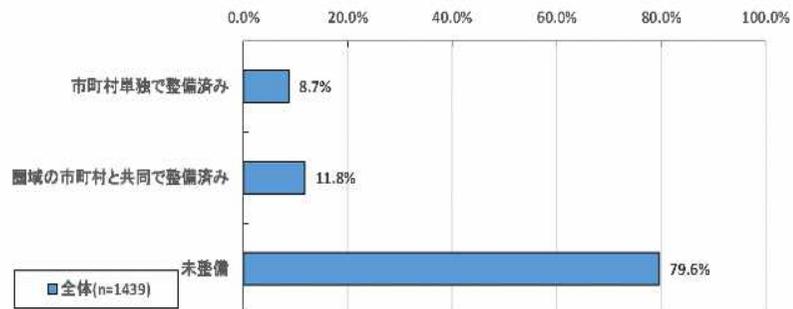
令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

2. 調査日時点における拠点等の整備状況(実績)

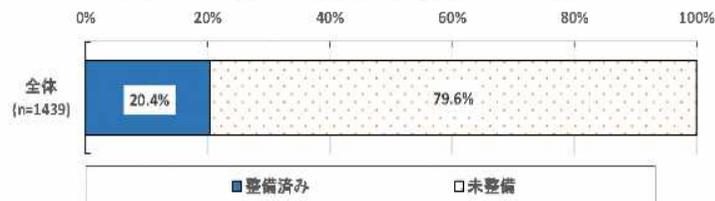
令和元年10月1日時点における拠点等の整備状況をみると、「市町村単独で整備済み」が8.7%、「圏域の市町村と共同で整備済み」が11.8%、「未整備」が79.6%であった。

また、「市町村単独で整備済み」又は「圏域の市町村と共同で整備済み」(以下、「整備済み」という。)の市町村は、20.4%であった。

図表 II-2a 拠点等の整備状況(令和元年10月1日時点、複数回答)



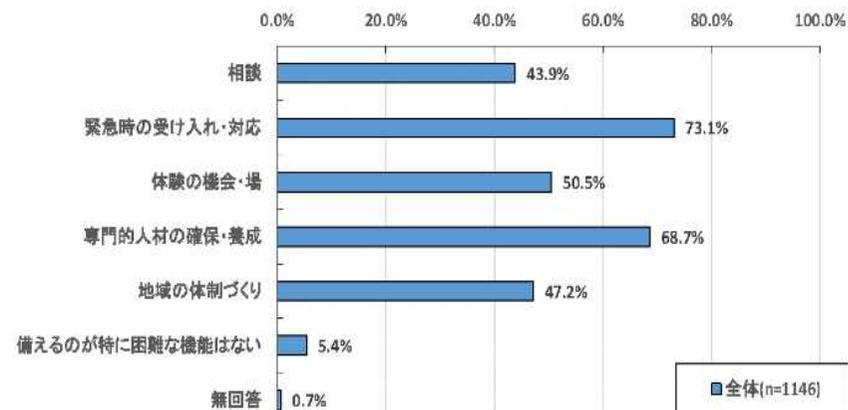
図表 II-2b 拠点等の整備状況(令和元年10月1日時点)



5. 備えるのが特に困難な機能【令和元年10月1日時点で「未整備」】

令和元年10月1日時点における拠点等の整備状況について「未整備」と回答した市町村を対象として、備えるのが特に困難な機能をみると、「緊急時の受け入れ・対応」が73.1%で最も多く、次いで「専門的人材の確保・養成」が68.7%の順が多かった。

図表 II-5-1 備えるのが特に困難な機能(令和元年10月1日時点で「未整備」の市町村)



【出典】令和元年度障害者総合福祉推進事業「地域生活支援拠点等の整備に関する実態調査」報告書(みずほ情報総研株式会社)

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(詳細版)

3. 就労継続支援A型・就労継続支援B型における「福祉専門職配置等加算」の拡充

平成30年度 障害福祉サービス等報酬改定において、作業療法士の配置と一般就労への移行実績・職場定着実績との相関性により、就労移行支援については「福祉専門職配置等加算」の対象専門職として作業療法士が認可された。

「就労率の向上」というアウトカム指標関連では、医療・生活・就労支援を多職種協働で実施する支援法や認知機能リハビリテーションを提供するプログラムの優位性が多くの調査研究等により報告されている。

就労継続支援A型・就労継続支援B型においても、作業療法士はサービス導入時のアセスメント、作業生産性の向上及び雇用主に対する精神障害特性の理解促進等、その専門性に基づく幅広い支援の提供が期待でき、リハビリテーション専門職として、上記の多職種協働による医療・生活・就労支援や認知機能リハビリテーションにおいても、それらの中核としての役割は大きいと思われる。

一方、日本精神科病院協会の調査によれば、就労継続支援A型・就労継続支援B型における作業療法士の配置は進んでおらず、さらに、就労継続支援A型・就労継続支援B型から一般就労への移行も極めて低調のまま推移していることが厚生労働省の調査から明らかになっている。

これらの知見や現状の課題を踏まえると、**就労継続支援A型・就労継続支援B型においても作業療法士を積極的に配置することにより、それぞれの就労継続支援事業所からの利用中断を防ぎ、一般就労への移行に向けて、事業所の機能と支援の質の向上を更に図るべきと考える。**

【視点1】【視点2】

加えて、一般就労への移行率向上により、就労継続支援A型・就労継続支援B型に係る公費支出の抑制にもつながる。**【視点3】**

これらを勘案して、就労継続支援A型・就労継続支援B型における作業療法士の配置に対する評価として、両事業についても作業療法士を「福祉専門職配置等加算」の対象専門職に加えることを要望する。

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(詳細版)

作業療法士の配置有無による就職者、就労継続者の状況

- 作業療法士の配置のある就労移行支援事業所では、作業療法士の配置のない事業所に比べて約2倍以上の就職者を出している。
- 作業療法士の配置のある就労移行支援事業所では、作業療法士の配置のない事業所に比べて就労が継続している者が多い。

【作業療法士の配置有無別の就職者数】

		就労移行支援		
		全体	配置なし	配置あり
N (事業所数)		342	310	13
就職者数	平成26年度 (平均人数)	3.0	3.0	7.9
	平成27年度 (平均人数)	3.6	3.6	7.2
	平成28年度 (平均人数)	3.9	3.9	7.9

【作業療法士の配置有無別の就労が継続している者の数】

		就労移行支援		
		全体	配置なし	配置あり
N (事業所数)		319	291	13
定着者数	平成26年度 (平均人数)	2.0	1.9	4.0
	平成27年度 (平均人数)	2.5	2.5	4.7
	平成28年度 (平均人数)	3.3	3.2	7.1

(注) 定着者数については、平成26年度～平成28年度の就職者のうち、平成29年7月1日現在、同一企業で就労が継続している者の数

【出典】障害福祉サービス等報酬改定検証調査(平成29年度調査)就労系障害福祉サービスに関する調査研究
(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(速報値))

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(詳細版)

Cognitive Training for Supported Employment: 2-3 Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial

Susan R McGurk, Kim T Mueser, Karin Feldman, Rosemarie Wolfe, Alysia Pascaris
Am J Psychiatry. 2007 Mar;164(3):437-41.

要約：認知トレーニングプログラムでサポートされている患者は、認知機能、うつ病、および自閉症の先入観において3か月で有意に大きな改善を示しました。2～3年以上、認知訓練プログラムでサポートされている雇用の患者は、サポートされている雇用のみを提供しているプログラムの患者よりも、働く可能性が高く、より多くの仕事をし、より多くの週、より多くの時間を費やし、より多くの賃金を稼いでいました。

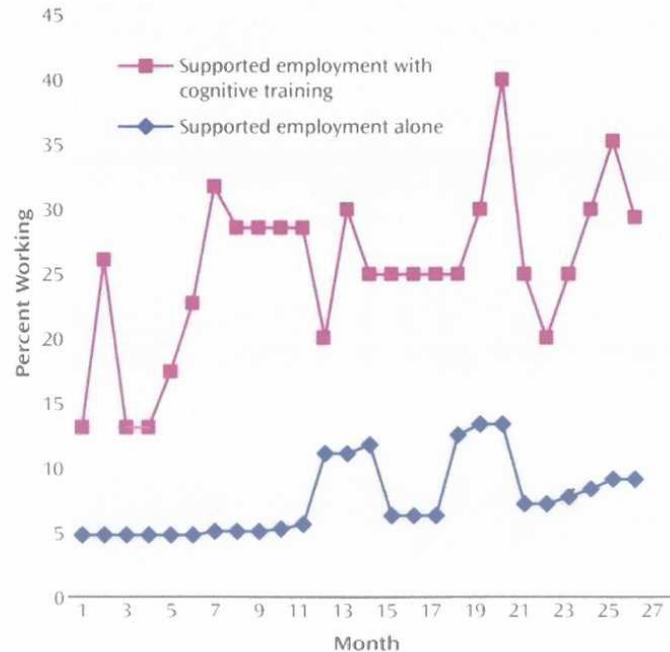
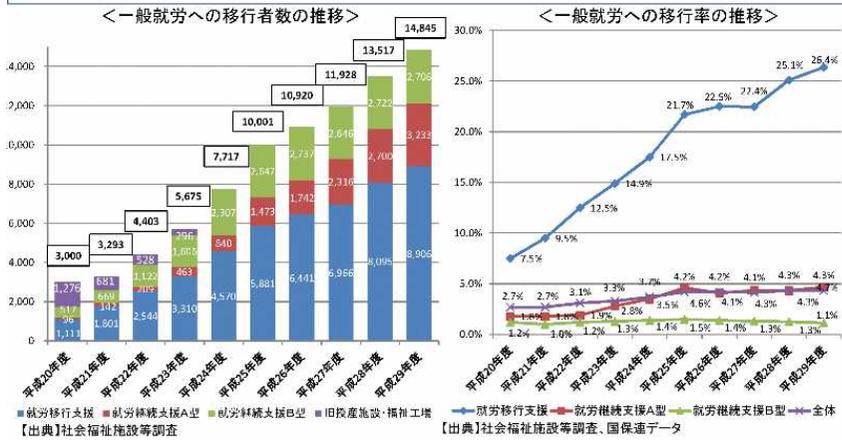


図 1.単独でサポートされる雇用または認知トレーニングによるサポートされる雇用を提供するプログラムにランダムに割り当てられた患者の雇用率

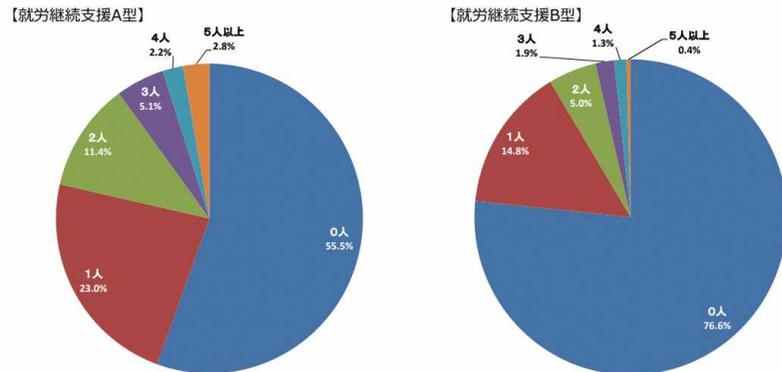
一般就労への移行者数・移行率の推移(事業種別)

- 就労系障害福祉サービスから一般就労への移行者数は、毎年増加しており、平成29年度では約1.5万人の障害者が一般企業へ就職している。
- 一方で、一般就労への移行率を見ると、就労移行支援における移行率は大きく上昇しているものの、就労継続支援A型では微増にとどまっており、就労継続支援B型では横ばいとなっている。



就労継続支援(A型・B型)事業所における就職者数の状況(平成27年度)

- 就労継続支援事業について、1年間に1人も一般企業への就職者が出ていない事業所は、A型事業所で約6割、B型事業所で約8割となっている。



【出典】厚生労働省障害福祉課調べ

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(詳細版)

4. 障害福祉サービスにおける「医師意見書」の活用方法と評価の見直し

現在、社会保障審議会障害者部会において、第6期障害福祉計画に係る成果目標及び活動指標について審議されており、次期計画の新たな成果目標として、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数」が示された。

精神障害者の特性として、その大半で疾病と障害が併存しており疾病の経過・状況(病状)が障害の程度に強く影響し、経過の動揺性が高く不安定であることが挙げられる。

従って、**次期計画の新たな成果目標の実効性を確保するためには、疾病の安定維持と再発予防が極めて重要であり、障害福祉制度の運用にあたっては、現状以上に精神科医療の視点と関与が求められるべきである。**

しかしながら、現行の障害福祉制度においては「医師意見書」の活用は原則的に障害福祉サービスの介護給付サービス受給の場合に限られており、共同生活援助や就労系サービスを始めとする訓練等給付サービス受給及び地域相談支援・計画相談支援を利用する場合には殆ど活用されておらず、また記載内容の質にもバラツキがあり、「医師意見書」活用については多くの課題がある。

訓練等給付サービスも多くの精神障害者が利用しており、中でも特に共同生活援助、就労系サービス及び地域相談支援については精神科医療との連続性の観点から、福祉の視点・意見に偏向することなく、医療の視点・意見が十分に反映される制度設計とする必要があり、この点は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める上でも極めて重要である。**【視点1】【視点2】**

また、今回提出する意見1.～3.についても「医師意見書」を活用し、医療・医学的視点からの意見をサービス・支援に十分反映させることにより、サービス・支援の質の向上と適正な障害福祉制度の運用につながることを期待される。

【視点3】

以上より、「医師意見書」の記載に関する医療従事者への教育・啓発が不可欠な一方で、介護給付サービス受給に際しての障害支援区分確定のみを目途とした、現行の「医師意見書」の活用方法と評価については見直しが必要と考える。

これらを勘案して、**精神科主治医がいる場合は障害支援区分確定の必要性の有無に関わらず、サービス利用計画作成時及びモニタリング時(計画相談支援)に主治医による「医師意見書」作成を義務化し、その作成費用について障害福祉制度上、新たに評価の対象とするよう要望する。**

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(詳細版)

精神障害者の障害福祉サービスの利用状況

- 平成25年6月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者は、13.2万人(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2.1万人が住まいの場としてグループホーム、ケア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2.2万人、就労継続支援A型が1.1万人、就労移行支援が1.0万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0.7万人となっている。
- 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4,277人、地域定着支援を7,222人が利用している。

サービス種別	平成25年6月					
	報酬	利用者数(人)				
		身体障害者	知的障害者	精神障害者	障害児	難病等対象者
宿泊介護	140,474	64,573	23,853	42,204	9,644	200
児童訪問介護	9,398	9,046	306	38	3	5
行動援護	7,217	366	3,993	35	2,823	0
児童障害者等包括支援	37	16	21	0	0	0
同行援護	20,284	19,926	152	29	176	1
居宅介護	19,286	16,690	2,580	8	8	0
生活介護	250,529	75,060	171,410	3,985	71	3
短期入所	36,287	9,601	20,143	1,072	5,488	3
共同生活介護	57,787	4,536	45,006	8,213	9	3
施設入所支援	133,620	41,295	91,607	706	12	0
共同生活援助	27,037	867	12,941	13,282	7	0
自立訓練(機能訓練)	2,601	2,539	29	32	1	0
自立訓練(生活訓練)	12,827	577	5,018	7,216	14	2
宿泊型自立訓練	4,226	61	1,402	2,763	0	0
就労移行支援	26,550	2,527	14,066	9,930	41	7
就労移行支援(高機能型)	203	203	0	0	0	0
就労継続支援A型	30,144	8,418	12,670	11,021	10	25
就労継続支援B型	174,173	22,501	99,690	51,912	71	29
計	952,720	276,802	504,856	152,446	18,338	278
計画相談支援	35,731	9,134	14,371	11,719	454	53
地域移行支援	504	28	49	427	0	0
地域定着支援	1,416	218	476	722	0	0
相談支援センター	990,371	286,182	519,752	165,314	18,792	331

(出典)国保連データ(6月)サービス提供実績

訓練等給付、地域相談支援及び計画相談支援利用者

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業(地域生活支援促進事業(※))

※ 地域生活支援事業に含まれる事業やその他の補助事業のうち、国として促進すべき事業について、「地域生活支援促進事業」として特別枠に位置付け、5割等の補助率を確保し、質の高い事業実施を図るもの。

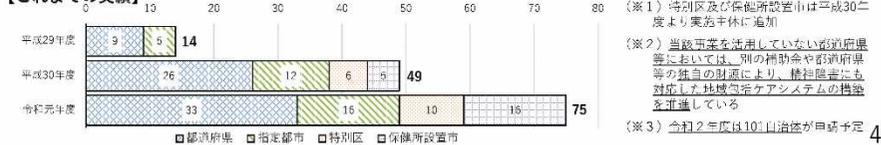
- 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化した上で、包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

<実施主体> 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

【事業内容】(1は必須、2~14は地域の実情に合わせて選択実施)

- 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
- 普及啓発に係る事業
- 精神障害者の家族支援に係る事業
- 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業
- ピアサポートの活用に係る事業
- アウトリーチ支援に係る事業
- 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業
- 構築推進パートナーの活用に係る事業(新)
- 精神医療相談に係る事業 ※精神科救急医療体制整備事業からの組み替え
- 医療連携体制の構築に係る事業(新)
- 精神障害者の地域移行・地位定着関係職員に対する研修に係る事業
- 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業
- 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業
- その他、地域包括ケアシステムの構築に資する事業

【これまでの実績】



(参考資料)

公益社団法人 日本精神科病院協会
会員病院が保有している障害者総合支援法に定める施設数

障害者総合支援法に定める施設	施設数
居宅介護	99
重度障害者等包括支援	1
短期入所	116
生活介護	29
生活訓練	114
宿泊型自立訓練	122
就労移行支援	85
就労継続支援 A型	19
就労継続支援 B型	225
共同生活援助 包括型	681
共同生活援助 委託型	616
自立生活援助	16
移動支援	23
地域活動支援センター	196
福祉ホーム	21
指定特定相談支援事業	344
指定一般相談支援事業	271
相談支援	8
計	2,986

出典：日本精神科病院協会 令和元年度名簿調査