

を行いつつ、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る。

#### エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保

- 措置入院を受け入れる病院について、別紙14のように病棟の看護職員配置を3：1以上にするなどの医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。
- 措置入院患者の在院期間の短縮化を踏まえ、事務量や費用も勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度の見直しや都道府県による実地審査の強化の必要性について結論を得る。
- 医療保護入院について、定期病状報告の様式の見直しなど病識の獲得等の取り組みを促す仕組みを設ける。
- 保護室の利用や身体的拘束等の患者の行動制限が、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳の整備を進める。
- 入院患者の処遇上必ず行われなければならない閉鎖病棟への電話設置について、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）等の設置や、携帯電話の活用を図る。
- 任意入院患者について、開放処遇が徹底され、また開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認するため、必要に応じ、監査の見直しを行う。
- 重度の痴呆で判断能力が欠けていたり、閉鎖病棟等で長期間処遇されている任意入院患者について、都道府県等の判断で病状報告を求めることができる仕組みについて検討する。

#### オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上

- 一部地域で行われている、一定の圏域単位（二次医療圏域、障害保健福祉圏域等）で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にわかりやすく提供する仕組み（パンフレット、ホームページ等）を全国的に進める。
- 精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を積極的に推進する。
- 当面、地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究に着手する。
- 別紙15のように、都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みの具体化を図る。
- 精神医療審査会については、現行の委員構成の下での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、今後の在り方を検討する。

### (3) 地域生活支援体系の再編

#### ① 地域生活支援体制の現状

- 精神障害者の一般住宅等で生活したいというニーズは強いが、貸主等において緊急時の対応等に不安が強く十分な提供がなされていない。社会復帰施設等（入所系、精神障害者グループホームも含む）の利用者には障害程度としては軽度の者が多く、また退所する者のうち約3割は病院へ入院するなど、地域へ送り出す機能が弱く、地域生活支援体制の確立の第一歩となる住まい対策の強化が急務である。
- 社会生活機能の回復等を目的とした施設としては、社会復帰施設や精神科デイケアがあり、いずれも急速に増加しているが、例えば授産施設からの退所者は利用者の約2割で、そのうち就労に移行した者は約2割（常用雇用は約6%）に過ぎず、就労支援、自立支援等の機能を高めることが急務である。
- 精神障害者社会復帰施設等（入所系・通所系）の整備状況やホームヘルプサービス等の利用状況は、他障害に比較してその水準が低いとともに、都道府県・市町村ごとの差異が大きい。また、市町村の人的体制も、その規模等により格差が大きく、人材育成等を進めることが急務である。

#### ② 施策の基本的方向

##### ア ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

- 別紙16のように、今後の障害者本人を支える新たな地域生活支援体系として、重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・活動の総合的な支援体系を整備する。
- 障害者のライフステージや障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を行うため、厚生労働科学研究等において、基礎的なデータの分析や各種調査等に基づく検討を進め、その成果を関係自治体、関係機関等に提供する。

##### イ 重層的な相談支援体制の確立

- 相談支援体制については、別紙17のように、市町村による相談支援体制を基礎に、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造（基礎的な生活圏域を考慮すると4層構造）の体制を標準として、各主体の機能の強化や基盤整備を進める。
- 重層的な相談支援体制の下、個々の障害者の処遇については、総合的な「自立生活支援計画」を策定する仕組みを導入する。  
この相談支援の質の向上を図るとともに、社会的な合意を得るため、障害程度等について一定の目安となる尺度を明確にし、また各層ごとの機能に応じたガイドラインの作成・普及等を進める。

- 相談支援体制の一環として、障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備を進める。

#### ウ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

- 身体障害者、知的障害者と同様、精神保健福祉（在宅・施設）については、市町村が実施主体となることを基本として、その提供体制の整備を進める。
- 精神保健福祉に関し、現在、ノウハウや社会資源が乏しい小規模な市町村については、都道府県や国のバックアップによる知識の蓄積や人材育成、業務のアウトソーシングの枠組みの確保等、段階的な環境整備を進める。

### ③ 当面の重点施策群

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

#### ア 障害程度等の尺度の明確化

- 当面は、生活機能を積極的に評価するという考え方を加味しつつ、GAFを活用するが、将来的には、障害を生活機能というプラス面から捉えるICF（世界保健機関：国際生活機能分類）の普及状況や他障害での取り組みとの整合性を図りつつ、市町村等でも実施可能な尺度を整備することが必要である。

#### イ 住居支援体制の強化

- 別紙18のように、障害者の単身入居を推進していくため、緊急時の連絡先や身元保証を求める住居提供者等のニーズに対応するなど、公的な障害者の住居支援・保証体制を障害保健福祉圏域ごとに確保することを進める。
- グループホームが重度の精神障害者にも対応できるよう、24時間の連絡体制を確保するなど、利用者の状態等に応じて機能の強化・分化を進める。また、社会復帰に向けた自信を高めるため、長期入院患者の体験的な利用について規制緩和等を進める。
- 住まいの場の機能を持つ入所系の社会復帰施設について、利用者の状態等に応じ、できるだけ速やかな地域移行を支援する機能を強化する。
- 障害者に係る公営住宅の利用実態等の調査結果や上記の施策の実施状況を踏まえ、公営住宅への精神障害者の単身入居や、グループホームとしての活用を進める方策を講ずる。
- 日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要な高齢障害者にふさわしい生活の場の選択肢となる施設の在り方について、既存の精神療養病床などの社会資源の活用や介護力等を強化した病床などの医療面での対応と整合性を図りつつ、その具体像を明確にする。

#### ウ 雇用の促進

- 障害者雇用問題研究会（厚生労働省職業安定局高齢・障害雇用対策部長の私的懇談会）報告書（平成16年8月）を踏まえ、障害者の雇用義務制度に関し、精神障害者の雇用を実雇用率に算定すること等により、採用後精神障

害者を含め、精神障害者を雇用している事業主の努力を評価する制度を整備するとともに、在職精神障害者や新規雇用に対する支援を充実させる。

- 在宅就業による就業機会の拡大を図るために、在宅障害者への発注に対する奨励、在宅就業支援団体の育成等を行う。
- 「障害者の就労支援に関する今後の施策の方向性」（障害者の就労支援に関する検討会議、平成16年7月）を踏まえ、公共職業能力開発施設における障害者訓練の拡充や多様な委託先を活用した職業訓練の効果的な実施、障害特性に応じた支援の強化を図る。

## エ 就労支援・活動支援体制の強化

- 既存の福祉工場の規制緩和や機能強化を進めるとともに、企業等での就労への円滑な移行が可能となるよう、施設外授産や職場適応訓練等の効果的な活用を図る。
- 別紙19のように、既存の授産施設等を継続的就労、就労移行支援、自立訓練、憩いの場と機能面から再編し、標準的なサービス内容等を明確にする。  
また、複数の機能を小規模な単位で組み合わせて持つことや入所者だけでなく地域の障害者への開放を可能とすること、他の手段で代替可能な規制の緩和等を進める。
- 多様な利用形態にある精神科デイケアの機能を、患者の症状やニーズに応じて機能の強化・分化を図る。
- 障害者自らがその意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択できるよう、雇用、福祉、教育等の関係機関からなる総合的な相談支援機能を充実し、一人ひとりに合った総合的な支援プログラムを作成・実施するとともに、地域資源の連携強化を図るため、雇用・就業に関する地域の相談支援窓口としての公共職業安定所の機能を強化する。
- 本人のニーズに応じ、企業への雇用等のステップアップを図っていく場合に、福祉部門と雇用部門が就業に関する各種の情報やノウハウを共有するとともに、雇用・就業に向けた職業評価手法を検討する。
- 地域での就労面と生活面の支援を一体的に行う障害者就業・生活支援センターについて、公共職業安定所との連携も考慮し、その強化・拡充を図る。

## オ 居宅生活支援体制の充実

- ホームヘルプサービスについては、他の障害における同様の仕組みとの均衡を図りつつ、サービス内容に応じた単価設定、短時間の単価設定等を行う。
- 専門性を特に必要としない社会参加的なニーズについては、多様な形態・主体によるサービス提供を進める。
- ショートステイについて、入院予防的に利用するなど、本人の心身の状況等に応じて利用できる選択肢の拡大を図る。また、ショートステイの利用に

関する人数制限の撤廃等を進める。

- 現在の精神科救急システムに加え、必要に応じ、短期間家庭から離れてケアを受けられるシステムについて具体像を明確にする。
- 精神障害者保健福祉手帳に係るサービスの充実を図るため、その信頼性向上の観点から、現行の様式を見直し、写真を貼付する。
- 障害者の社会的自立を促す面や障害者のエンパワメントの面で非常に有効なピアサポート等について、自主性・自立性を尊重しつつ、その振興、活用を図る。
- 各地域で当事者と専門職、ボランティア等が一体となって取り組んで成果をあげている生活支援活動について、情報提供等を行い全国的に普及させる。

#### カ 社会復帰施設の機能評価と報酬体系の見直し

- 利用者与服务提供者の対等な契約関係を確保する観点から、社会復帰施設等に係る一定の情報を、施設内に掲示し、利用者に説明し、又は対外的に公開を義務づける仕組みを設ける。
- 当事者による NPO を含め、設置主体に関わらず、できるだけ参入は自由とする一方で、実績評価の体制を強化しサービスの質と量の向上を図る。
- 機能の再編後において、各施設が期待される機能を前提として、入所期間、退所者の再入院の状況や就労の実績など、その機能が十分に果たされているかを評価する指標を明確にする。また、福祉分野でも、第三者による評価の仕組みを計画的に整備する。
- サービスの質と効率性の向上、制度の公平の観点から、報酬体系について、施設ごとの努力・実績が反映されない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直す。  
また、これに伴い、報酬請求実務の簡素化・効率化を進める。

#### キ 社会復帰意欲を促す相談支援体制の整備

- 一次的な役割を担う市町村がその業務を受託できる相談支援事業者を居宅支援事業等の一類型として制度的に位置づける。また、これらの事業者等の中立性・公平性を確保する仕組みを設ける。
- 障害保健福祉圏域においては、市町村単位の相談支援体制のスーパーバイズ的な役割を担いつつ、専門性が高い危機介入的な事例や広域的調整が必要な住居支援的な事例等について中心的な役割を担うものとして、既存の地域生活支援センター等の機能強化を段階的に図る。
- 都道府県においては、精神保健福祉センター等の機能強化や、判定に係る標準化の取り組みを進める。
- 別紙20のように、個々の障害者の処遇については、市町村やその委託を受けた相談支援事業者等が、ケアマネジメントを活用し総合的な「自立生活支援計画」を策定し、これに基づくサービスの給付決定等がなされる仕組み

とする。

- 障害種別、疾病の違い、年齢の違い等に関係なくケアマネジメントができる人材を育成するため、養成課程や研修の在り方について検討し、都道府県を中心とした人材育成体制を確立する。
- 他の障害と同様、地域で暮らす障害者の権利擁護を必要とするケースや、その解決方策等の知識の普及を図るとともに、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の事業について利用の促進を図る。
- 長期入院患者等の円滑な地域生活への移行を図るため、病院との連携の下、病状が安定している者について、都道府県等が状況の確認を行い、相談支援（ケアマネジメント）を通じて退院促進の取り組みを行う退院促進事業の充実強化を図る。

#### ク 市町村を中心とした地域生活支援体制への円滑な移行

- 別紙21のように、精神障害者に対する総合的かつ効率的なサービス提供のため、基本的に市町村が「自立生活支援計画」の下、居宅生活支援事業や社会復帰施設の利用について給付決定等する仕組みとする。
- 相談支援（自立生活支援計画の作成を含む）や報酬に係る審査支払の外部委託、保健師等の専門職や関係職員の研修実施など、現在の市町村の人的・物的な状況を踏まえつつ、市町村を支援する枠組みを整備する。
- 都道府県は、市町村間の広域調整、専門性の高い事例等への参与、判定等の実施、必要な人材育成など、市町村を支援する機能を高めることを促す。
- 円滑な移行を進めるため、規模が小さい市町村等については、過重な負担とならないよう、関係事務の共同実施の枠組や都道府県が関与した形での一定の経過的な枠組みを講ずる。

### （４）精神保健医療福祉施策の基盤強化

#### ① 人材・財源配分の現状

- 精神医療分野における人材数については、諸外国と大きな差はないが、精神病床の数が多ことから、病床当たりでは少ない数となっており、精神病床の機能分化等に応じて、各病院の人員の急性期等への再配置、精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への再配置等が課題となってくる。  
一方、地域生活支援体制に係る人材については、質・量ともに不十分であり、障害種別、疾病の違い、年齢の違い等に関係なく対応できるよう福祉分野の人材の再教育や、就労支援の分野への企業関係者の参画、各種専門職の確保等が課題となってくる。
- 医療・福祉サービス総額で見ると、精神は、身体・知的（支援費等）の約3倍の資源投入量であるが、その大部分を占める精神科医療費約2兆円（入院時

食事療養費を含む)のうち入院が約8割を占めており、高齢者医療、介護保険等と比較してもその比重が高い。また、精神科医療費以外の精神保健福祉分野の財政構造(国庫)についても、通院公費負担等の医療が約7割、福祉等が約3割と医療の比重が高い。なお、多くの各都道府県も、ほぼ同様の状況である。

## ② 今後の基本的方向

- 病床や施設機能の再編、相談支援体制の確立の進捗状況等に応じ、既存の人材の再教育・再配置、新規の人材確保を行う仕組みを具体化する。
- 既存の精神保健福祉施策において医療・福祉双方で重点化・効率化を行いつつ、どのような支援が障害者には必要で、そのためにはどれくらいの費用が必要なのかなど、国民が納得し得るものを示しながら、新規財源の確保について社会的な合意を得る取り組みを進める。

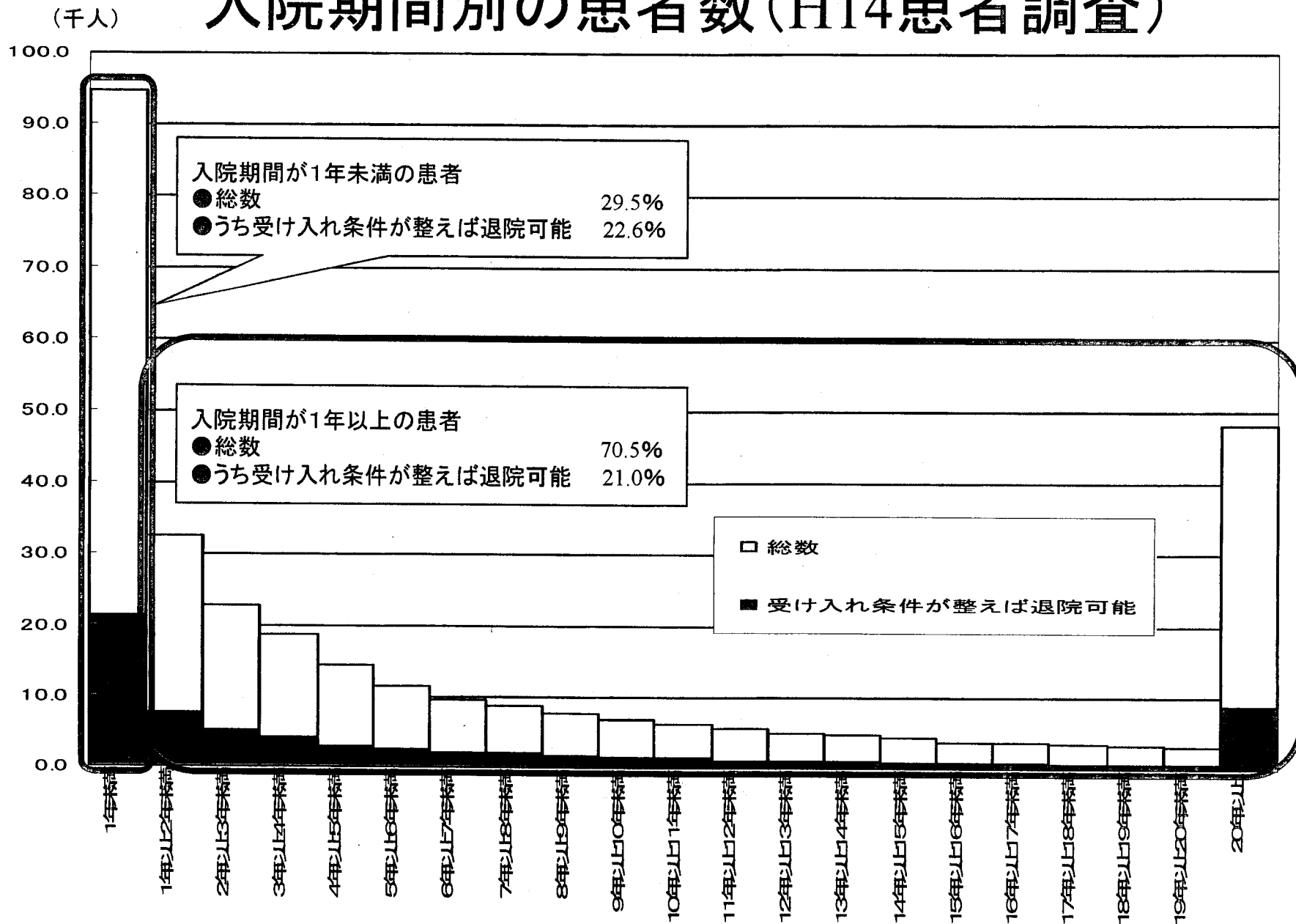
## ③ 当面の検討事項

- 本改革の一環として行う都道府県単位の計画策定や病床機能分化の進捗状況を踏まえつつ、必要な人員の将来見通し等を行い、その育成・再教育等の方策について検討する。
- 障害程度等の尺度の明確化、障害者のライフステージや障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を通じて、国民が納得し得るような障害程度別の必要な費用額について検討する。
- その費用が急増している通院公費負担については、次のような点を踏まえつつ、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、必要な対応について検討し早急に結論を得る。
  - ・ 生活習慣病と同様に誰でも罹りうる疾患という認識ではなく、精神疾患を人格の障害等と捉える昭和30年代の認識に基づき制度化されたこと
  - ・ 現在は精神科を受診するという精神的な障壁を下げる役割を担っていること
  - ・ 社会的な自立のためには一定の負担感を持つことも必要な面があること
  - ・ 低所得者にとっては生活の負担の軽減という役割を担っていること
  - ・ 現在の負担水準は平成7年当時における医療保険の自己負担割合との均衡等で定められたが、医療保険の見直しにより、他の疾病と比較して負担が相対的に軽くなっていること
- 入院者数(対人口)に大きな地域間格差が生じている措置入院について、これを受け入れる病院の医療体制の見直し等による影響を見極めつつ、格差の解消策について検討し早急に結論を得る。
- 社会復帰施設や居宅支援事業について、利用目的・利用率等の利用実態や、利用者の症状や経済状況等の分析を進め、入所施設利用者と地域で暮らす者とのバランスや受けたサービス量とのバランスも考慮しつつ、必要な対応について検討し早急に結論を得る。

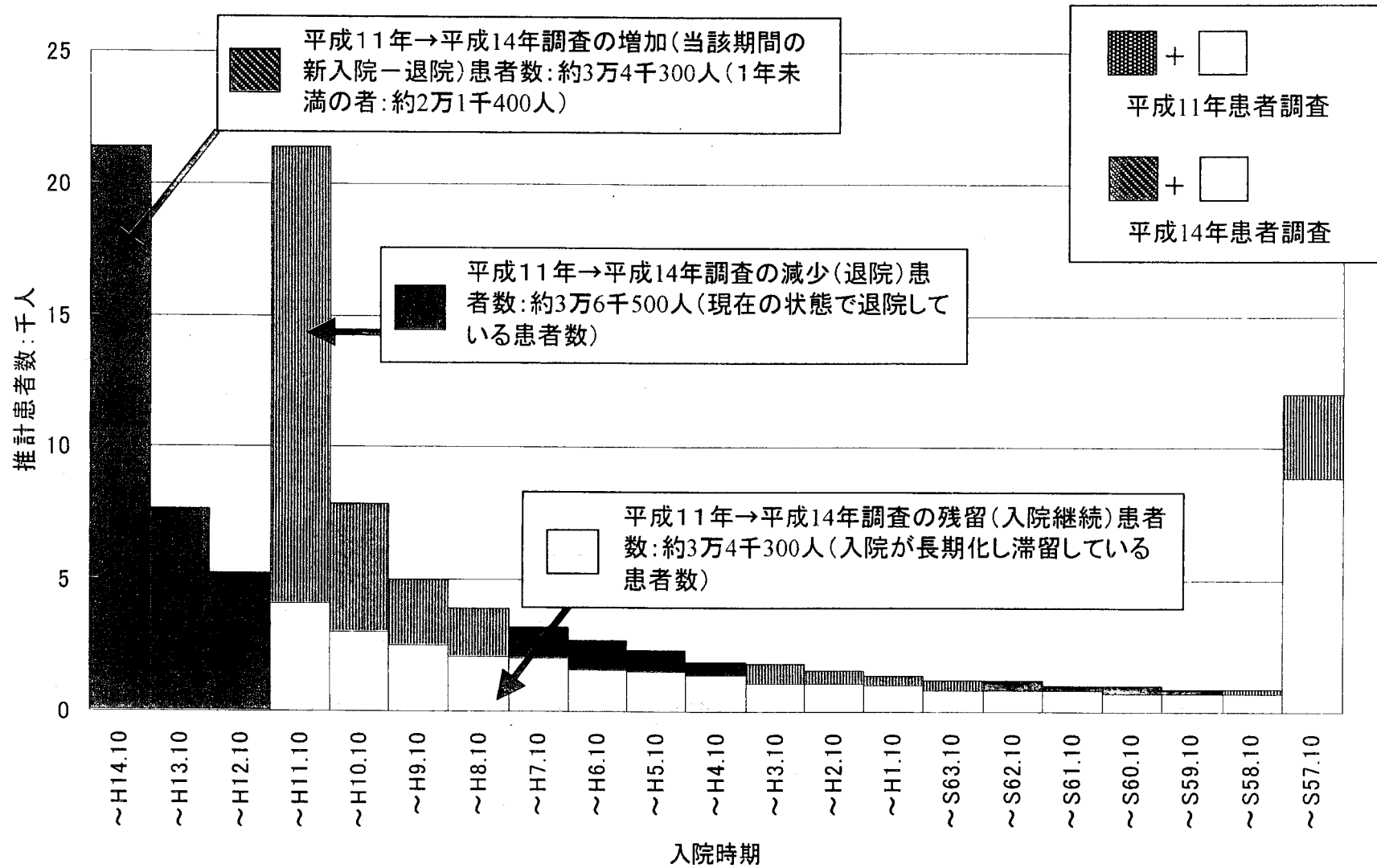
# 精神保健医療福祉の改革ビジョン (別紙)



# 入院期間別の患者数(H14患者調査)



### 受け入れ条件が整えば退院可能な患者数の推移



## 国民意識変革に係る達成目標

(別紙3)

### 現状

激しく変化する現在社会では誰でも精神障害者になる可能性がある

そう思う	51.8%
どちらとも言えない	33.0%
そう思わない	14.8%
無回答	0.4%

(精神障害者観の現況'97 (財)全国精神障害者家族会連合会)

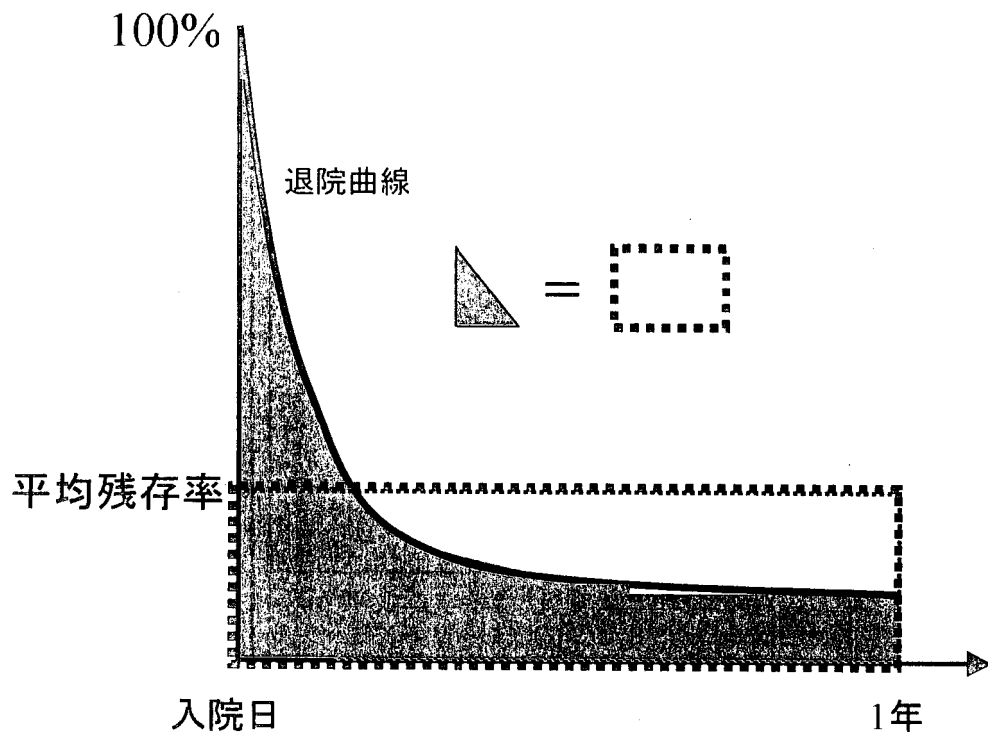


### 達成目標

「誰でも精神障害者になる可能性がある」の割合 → 90%

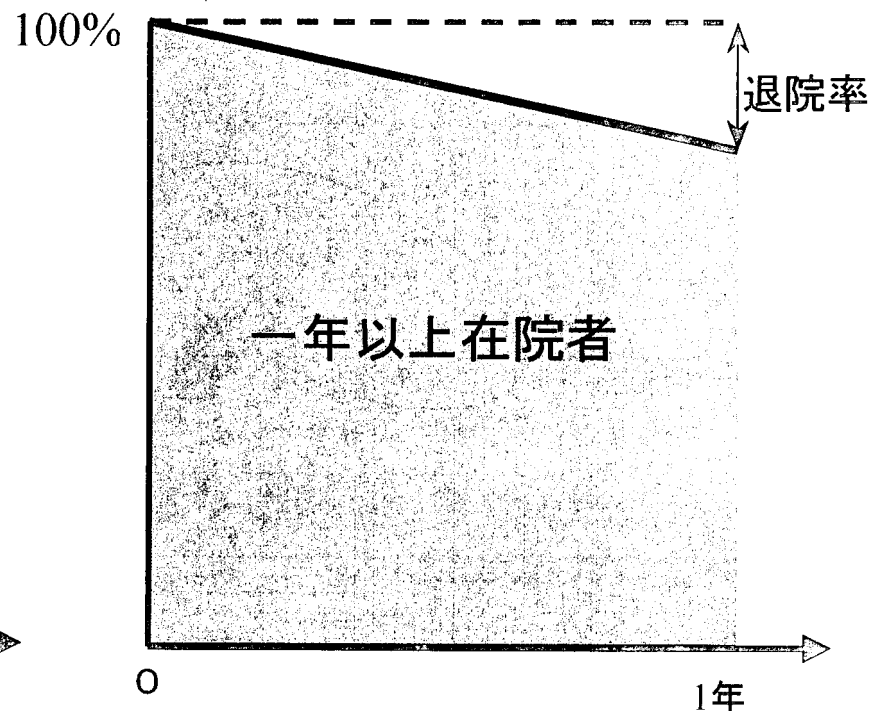
97年時点で「どちらとも言えない」と回答した層について正しい理解を得ることに加え、「そう思わない」と回答した層に対しても一定の成果を得る。

## 平均残存率(一年未満群)



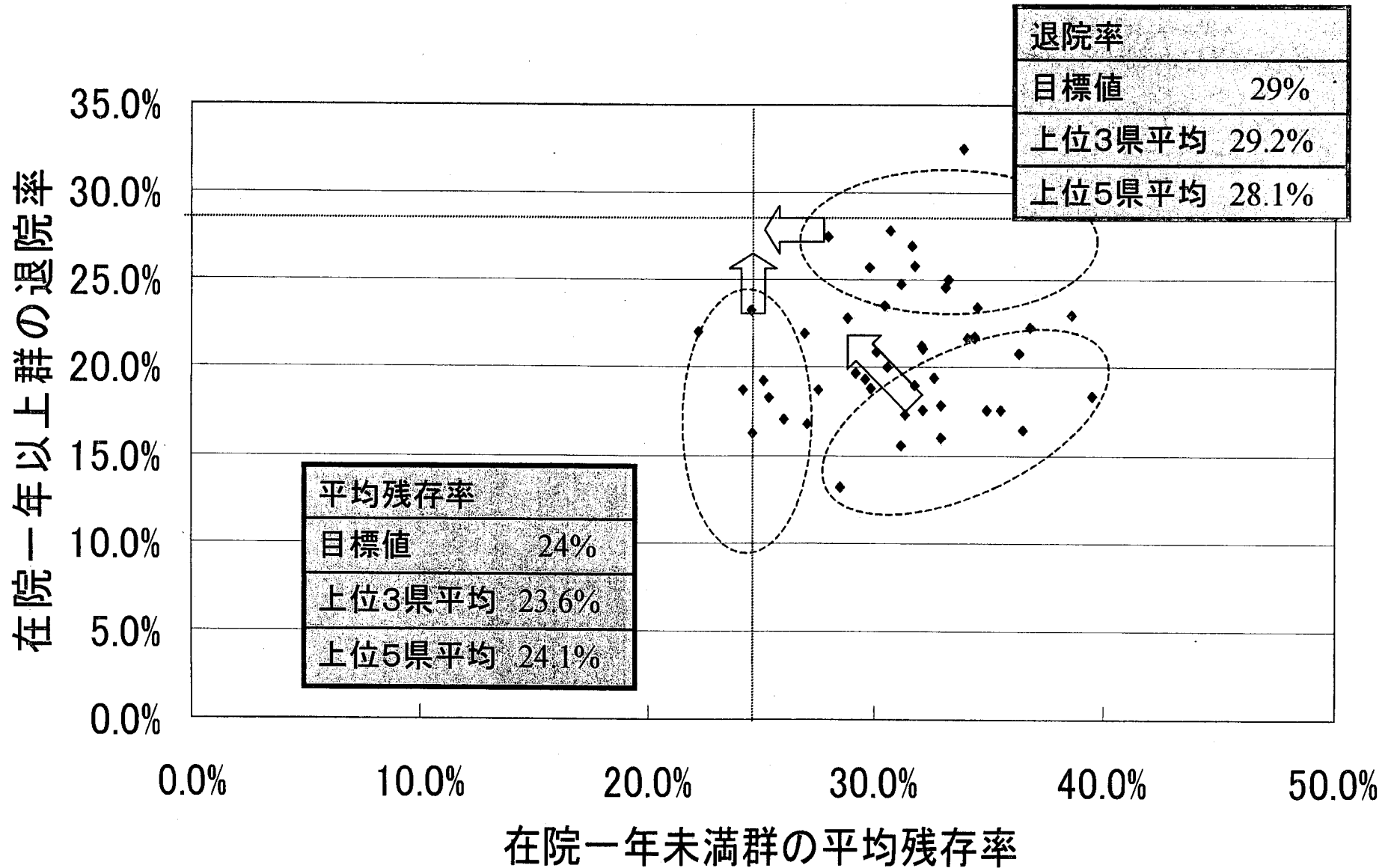
1年以内の退院(残存)曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの。  
平均残存率に毎年新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

## 退院率(一年以上群)



1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したもの。  
退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

# 平均残存率、退院率の現状



## 達成目標の実現による必要病床数の減少

(別紙6)

新規入院患者及び1年以上入院患者の退院促進について、現時点において上位3～5県で達成されている目標数値(平均残存率、退院率)を、各都道府県が目指すべき達成目標として設定。  
(1年未満:平均残存率24%、1年以上:退院率29%)

→ 達成目標をベースに今後10年間の必要病床数を試算すると、2015年には必要病床数は約7万床減少。

	現在 (2003年)	2010年	2015年	現在との差
全体の病床数	約35.4万床	約31.7万床	約28.2万床	約7.2万床 → <u>約7万床</u>
うち1年未満	(約10.7万床)	約9.7万床	約8.6万床	(約2.1万床)
うち1年以上	(約24.8万床)	約21.9万床	約19.6万床	(約5.2万床)

※ 現在の病床数の内訳については、全体の病床数を平成14年6月時点の1年未満・1年以上入院患者数の比率で按分した。

(試算の前提)

- 1 全国を一つの地域として計算(流入等はない、加算はない等)
- 2 退院率、平均残存率は、10年間の中間年で全国目標との差を1/2解消
- 3 都道府県ごとの退院率に係る特別の退院促進目標はゼロ
- 4 新規入院率は、現在の実績
- 5 人口変動は、4区分(20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上)で、将来人口推計に基づき変動。
- 6 平成18年からの10年間で計算
- 7 病床利用率は、0.95

「こころのバリアフリー宣言」  
～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

(別紙7)

【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？】

第1：精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）

- ・ 精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。
- ・ 2人に1人は過去1ヶ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています。

第2：無理しないで、心も身体も（予防）

- ・ ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう。
- ・ 自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう。
- ・ サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう。

第3：気づいていますか、心の不調（気づき）

- ・ 早い段階での気づきが重要です。
- ・ 早期発見、早期治療が回復への近道です。
- ・ 不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を。

第4：知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）

- ・ 病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう。
- ・ 休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です。
- ・ 家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください。

【家族・社会の支援が大事、共生の社会を目指して】

第5：自分で心のバリアを作らない（肯定）

- ・ 先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。
- ・ 精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。
- ・ 誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。

第6：認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）

- ・ 誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿。
- ・ 誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます。

第7：出会いは理解の第一歩（出会い）

- ・ 理解を深める体験の機会を活かそう。
- ・ 人との多くの出会いの機会を持つことがお互いの理解の第一歩となるはずです。
- ・ 身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です。

第8：互いに支えあう社会づくり（参画）

- ・ 人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう。
- ・ 精神障害者も社会の一員として誇りを持って積極的に参画することが大切です。