

第1回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	
平成20年4月11日	参考資料1

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 構成員名簿

氏名	所属・役職
伊澤 雄一	特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 代表
上ノ山 一寛	社団法人 日本精神神経科診療所協会 理事
大塚 淳子	社団法人 日本精神保健福祉士協会 常務理事
尾上 義和	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会 常務理事
小川 忍	社団法人 日本看護協会 常任理事
門屋 充郎	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター 理事長
坂元 昇	全国衛生部長会 副会長
佐藤 茂樹	日本総合病院精神医学会 副理事長
品川 眞佐子	特定非営利活動法人 ほっとハート 理事長
末安 民生	社団法人 日本精神科看護技術協会 第一副会長
田尾 有樹子	社会福祉法人 巣立ち会 理事
谷畑 英吾	滋賀県湖南市長
寺谷 隆子	山梨県立大学人間福祉学部 教授
長尾 卓夫	社団法人 日本精神科病院協会 副会長
中島 豊爾	社団法人 全国自治体病院協議会 副会長
長野 敏宏	特定非営利活動法人 ハートinハートなんぐん市場 理事
樋口 輝彦	国立精神・神経センター 総長
広田 和子	精神医療サバイバー
町野 朔	上智大学法学研究科 教授
三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事
安田 武晴	読売新聞 社会保障部
山根 寛	社団法人 日本作業療法士協会 副会長
良田 かおり	特定非営利活動法人 全国精神保健福祉会連合会 事務局長

(五十音順、敬称略)

第1回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成20年4月11日

参考資料2

精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況

精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況

達成目標

① 国民意識の変革の達成目標

- 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

- 各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする。
- 各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする。

(1) 国民意識の変革

② 施策の基本的方向

- 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書を踏まえ、「精神疾患を正しく理解する」「態度を変え行動する」という二つの側面を重視しつつ、当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、マスメディア等の様々なメディアを媒体とした活動の二つの活動を訴求すべき対象者に応じて進めていく。
- 精神疾患に対する基本的な情報を、地域住民、職場の管理監督者・同僚等に対して、共感的理解ができるよう生活感情に近づく形で提供し、その主体的な理解を促していく。また、当事者・当事者家族も精神疾患に対する誤解等のために「内なる偏見」にとらわれたり、症状、薬の副作用等について過剰な不安を持つことがないように、主体的な理解を深めるよう促していく。
- 精神疾患の正しい理解に基づき、これまでの態度を変え(あるいはこれまで通りに)適切に行動するように促していく。精神疾患や精神障害者に対して誤解等のある人についても、交流等を通じて理解が深まることにより、障害者への基本的な信頼感が高まる、障害者に接する際に適切に対応できるという自信が高まる等の心理的な変化を促し、行動変容につなげる。

③ 当面の重点施策群	
ビジョン本文	施策
○ 「こころのバリアフリー宣言(別紙7)」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成16年度から、精神障害の正しい理解のための普及・啓発事業により、「こころのバリアフリー宣言」ポスターを作成し、地方公共団体等に配布。(平成20年度予算:86百万円) ○ 厚生労働科学研究により、精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究を実施。 ○ 平成19年度には、「新健康フロンティア」に関する政府公報を実施。
○ 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成19年度は、精神保健福祉週間とあわせて、富山県において精神保健福祉全国大会を開催。平成20年度は和歌山県で開催を予定。 ○ 平成19年7月に精神障害者の地域移行支援を考えるシンポジウムを開催。また、平成20年1月以降、全国6か所で精神障害者地域移行支援ブロック別研修会を開催中。 ○ 平成16年度から、精神障害の正しい理解のための普及・啓発事業により、「こころのバリアフリー宣言」ポスターを作成し、地方公共団体等に配布。(平成20年度予算:86百万円) ○ 厚生労働科学研究により、精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究を実施。 ○ 平成19年度には、「新健康フロンティア」に関する政府公報を実施。
○ 別紙8のような主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成17～18年度に、こころの健康づくり普及・啓発事業により、都道府県における普及啓発の取組を支援。 ○ 平成16年度から、精神障害の正しい理解のための普及・啓発事業により、「こころのバリアフリー宣言」ポスターを作成し、地方公共団体等に配布。(平成20年度予算:86百万円)
○ 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図る枠組みを整備する。	○ 平成18年6月、国による障害福祉計画の指針を提示し、計画の作成に当たっては、障害者等をはじめ、地域住民・企業等の参加を幅広く求めるほか、啓発・広報活動を積極的に進める旨を記載。

(2) 精神医療体系の再編

② 施策の基本的方向

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し

- 精神病床に係る医療計画上の基準病床数の算定について、当面、入院期間を1年で区分し都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を導入する。将来的には、疾病別の入院動態に応じた方式に移行することを目指し基礎的な研究を深める。
- 高いニーズがあるにも関わらず地域の精神病床数の状況等により整備が進まない児童思春期に係る病床等について、医療計画上における取扱いについて検討し結論を得る。

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室(ユニット)単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。
- 緊急時に24時間対応できる精神科救急医療体制を整備するとともに、重度障害者も地域生活の選択肢を確保できる包括的サービスの事業の在り方の検討を行い、またデイ(ナイト)ケア・訪問看護についても、福祉サービス利用者等との違いを検証しつつ、良質な通院・訪問医療体制の姿について明確にする。

ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

- 措置入院や医療保護入院で入院した患者については、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確認しつつ、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討する。また、任意入院患者については、原則として開放処遇を受けることを徹底させる。
- 病状の早期回復等の観点から、患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図る。

③ 当面の重点施策群	
ビジョン本文	施策
ア 精神病床に係る基準病床数の算定式等の見直し	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 新たに導入する算定式は別紙9とし、平成17年度から実施する。 ○ 算定式内の病床利用率については、5年後における実態を踏まえ、必要に応じて、見直しをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療法施行規則等改正により、平成18年4月から、医療計画上の基準病床数の算定式を見直し。 ○ 算定式内の病床利用率の見直しについては、その要否も含め今後検討。
イ 患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 別紙10を基本に、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により早急に検討を進め、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働科学研究により、急性期を中心とした研究を実施。社会復帰リハ、重度療養等については、引き続き研究を推進。 ○ 平成18、20年度診療報酬改定において、入院患者の早期退院の評価を充実。
<ul style="list-style-type: none"> ○ 痴呆患者について、痴呆疾患センターの機能を活用し、患者の病態に応じて適切に治療や介護を受けられるような処遇体制の具体像を明確にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成20年度予算において、認知症疾患医療センター運営事業を創設し、鑑別診断、急性期対応等認知症医療の中核となる機能を明確化。今後、介護との連携等、地域における処遇体制の充実について引き続き検討。
<ul style="list-style-type: none"> ○ 別紙11のように、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長期入院の高齢者群について、既存の精神療養病床などの社会資源を活用する他、介護力等を強化した病床などの施設類型の具体像を明確にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働科学研究により、長期入院の高齢者群を含めた実態調査を実施中。その結果を踏まえ、引き続き検討。
<ul style="list-style-type: none"> ○ 上記の他、アルコール、薬物、うつ、ストレス関連障害等の専門病床の在り方について検討を進め、その具体像を明確にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働科学研究により、うつ等を中心とした専門病床の実態調査を実施。具体的対応については、引き続き検討。

ウ 地域医療体制の整備	
<p>○ 別紙12のように、精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、地域ごとの社会資源を活かして、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。また、その評価結果を支援内容に反映する仕組みを設ける。</p>	<p>○ 平成7年度から、精神科救急システム整備事業により、精神科救急医療体制の整備を実施。平成20年度予算において既存事業を見直し、精神科救急医療体制整備事業費として計上。</p> <p>○ 障害保健福祉推進事業により、救急医療施設等の機能評価に関する研究を実施中。今後も引き続き研究を推進。</p>
<p>○ 別紙13のように、精神症状が持続的に不安定な障害者(例えばGAF 30点以下程度を目安)も地域生活の選択肢を確保できるよう、24時間連絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所(院)、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を、普及面を重視しつつ明確化する。</p>	<p>○ 障害者自立支援法において、重度訪問介護・重度障害者等包括支援等重度障害者を対象としたサービスを法定化。また、重度障害者の地域での共同生活の場として、「共同生活介護(ケアホーム)」を制度化。</p> <p>○ 厚生労働科学研究により、多職種による包括的な訪問サービスによる研究を実施中。</p>
<p>○ 医療デイ(ナイト)ケアや訪問看護については、通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援等の違いの有無について分析を行いつつ、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る。</p>	<p>○ 厚生労働科学研究、障害保健福祉推進事業により、デイケア・訪問看護の事例検討と実態調査を実施中。</p> <p>○ 平成20年診療報酬改定において、訪問看護に係る評価を充実。</p>

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。	○ 平成18年3月から、指定病院の看護配置基準を3:1以上とする見直しを実施。
○ 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。	○ 精神保健福祉法関係法令等の改正により、平成18年10月から、定期病状報告の様式と報告間隔等の見直しを実施。 ○ 平成18年の制度改正後の定期病状報告制度等の運用をフォローし、精神医療審査会長会議等で都道府県による実地調査の強化について周知。
○ 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。	○ 精神保健福祉法関係法令等の改正により、平成18年10月から、病識の獲得等に向けた取組を記載するよう、定期病状報告の様式の見直しを実施。
○ 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。	○ 行動制限についての一覧性のある台帳の整備について、平成18年10月、各都道府県等宛通知。
○ 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。	○ 閉鎖病棟への電話の設置について、平成18年10月、各都道府県等宛周知。
○ 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。	○ 任意入院患者については、開放処遇が原則であることについて、平成18年10月、各都道府県等宛改めて通知。
○ 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。	○ 精神保健福祉法の改正により、平成18年10月から、改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度を導入。

オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上	
<p>○ 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。</p>	<p>○ 平成18年医療制度改革による医療法の改正により、平成19年4月から、医療機能情報公表制度を導入。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 平成18年医療制度改革による医療法の改正により、広告規制の緩和を実施。</p> <p>○ (財)医療機能評価機構による医療機能評価を引き続き推進。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 厚生労働科学研究により、評価軸の項目立て及び海外状況のレビューを実施中。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 精神保健福祉法の改正により、平成18年10月から、改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度を導入。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 精神医療審査会会長会議において、精神医療審査会についての適正な運営について、周知。</p> <p>○ 精神保健福祉法の改正により、平成18年10月から、精神医療審査会の委員構成の見直しを実施。</p>

(3) 地域生活支援体系の再編

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	
ビジョン本文	施策
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。	○ 障害者自立支援法において、支援の必要度に応じたサービスを提供する仕組みとするため、障害程度区分を導入し、その判定を各市町村で実施する仕組みを構築。障害特性をより一層反映できるよう、障害程度区分の見直しを検討中。
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。	○ 障害者自立支援法により、地域生活支援事業において住宅入居等支援事業(居住サポート事業)を創設し、障害者の一般住宅への入居を進めるとともに、国土交通省が展開するあんしん賃貸支援事業と連携し、福祉部門と住宅部門の連携を積極的に推進。
○ 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。	○ 障害者自立支援法により、介護等を必要とする障害者を対象として、夜間支援体制を確保するなどして、共同生活住居において生活支援員を配置し、生活の介護等の便宜を供与する「共同生活介護(ケアホーム)事業」を制度化。 ○ 長期入院患者のグループホームの体験的な利用の規制緩和については、引き続き検討。
○ 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。	○ 障害者自立支援法により、平成18年10月より、施設体系を見直すとともに障害種別に関わらず利用できるサービス体系とし、利用者の幅広い選択を可能とした。
○ 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。	○ 公営住宅法施行令の改正により、平成18年2月より、公営住宅への精神障害者の単身入居を可能とした。
○ 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。	○ 厚生労働科学研究により、長期入院の高齢者群を含めた実態調査を実施中。その結果を踏まえ、引き続き検討。

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。

○ 障害者雇用促進法の改正により、平成18年4月より、精神障害者を実雇用率に算定できることとするなど、精神障害者に対する雇用対策の強化を図った。

○ 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。

○ 平成18年度から在宅就業の障害者に対し、直接又は在宅就業支援団体を通じて発注した場合に、特例調整金を支給する在宅就業障害者支援制度を実施。

○ 「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。

○ 精神障害者の態様に応じて、弾力的に訓練時間等を設定できる「障害者委託訓練」を全都道府県で実施するとともに、障害者職業能力開発校において精神障害者対象の職業訓練コースを設置するなど、その受講機会の拡大を推進。

エ 就労支援・活動支援体制の強化	
<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者自立支援法により、事業・施設体系の見直しを行い、平成18年10月から、就労移行支援事業・就労継続支援事業を創設し、各障害者のニーズにあった働く場(活動の場)の提供、一般就労への移行支援を実施。</p>
<p>○ 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ることで持ったり入所者だけでは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。</p>	<p>○ 障害者自立支援法により、事業・施設体系の見直しを行い、平成18年10月から、就労移行支援事業・就労継続支援事業を創設し、各障害者のニーズにあった働く場(活動の場)の提供、一般就労への移行支援を実施。生活介護の中で行われる生産活動においても工賃が得られる仕組みを導入。</p> <p>○ 障害者自立支援法において、昼間サービスを複数組み合わせることで提供することや一定程度定員を超えての利用者登録、受入れを認め、NPO法人の参入、学校の空き教室等地域資源の活用も認めるなど、規制緩和を実施。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 厚生労働科学研究により、精神科デイケアの実態を調査中。精神科デイケアの機能分化について引き続き検討。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ ハローワークを中心に福祉・教育等関係機関と連携した「障害者就労支援チーム」について、平成19年度より全国で実施。</p> <p>○ 精神障害者の特性を踏まえ、一定期間をかけて就業時間を延長しながら常用雇用を目指すことができるよう精神障害者ステップアップ雇用奨励金を創設するとともに、「精神障害者就職サポーター」を配置し、ハローワークのカウンセリング機能を強化。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者就労支援基盤整備事業を平成18年度から実施し、福祉部門と雇用部門の連携を強化。</p> <p>○ (独)高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センターにおいて、「就労移行支援のためのチェックリスト」を開発し、平成18年9月、就労移行支援事業者等に周知。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者就業・生活支援センターを、平成23年度までに全障害保健福祉圏域に設置することを目指し、平成20年度においては205か所を設置するとともに実施体制を拡充する予定。(平成19年度設置数135か所)</p>

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。	○ 障害者自立支援法において、サービス内容に応じた報酬設定と、訪問系サービスにおける国庫負担基準を導入。
○ 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。	○ 障害者自立支援法において、地域の自主性・ニーズに対応したサービスを提供できるよう、「地域生活支援事業」を法定化し、「地域活動支援センター」など、身近な活動の場で、多様な形態による支援を推進。
○ 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。	○ 障害者自立支援法において、「短期入所」を法定化し、障害種別にかかわらず提供する仕組みを導入。
○ 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。	○ 障害者自立支援法において、報酬を日割化し、利用者が一日単位でサービスを利用することを可能とするとともに、「短期入所」を法定化し、障害種別にかかわらず提供する仕組みを導入。
○ 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。	○ 精神保健福祉法施行規則の改正により、平成18年10月から、精神障害者保健福祉手帳の様式を変更し、写真の貼付欄を追加。
○ 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。	○ 障害者自立支援法の施行により、平成18年10月から、相談支援事業を市町村の必須事業とするとともに、平成18年度より実施している特別対策の「相談支援体制整備特別支援事業」の中で、ピア・サポート強化事業、きめ細やかな相談支援を実施するための「相談支援充実強化事業」を実施。
○ 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。	○ 障害保健福祉推進事業により、各地域における先進的な事例等を収集し、情報提供を行っている。

カ 社会復帰施設の機能評価と報酬体系の見直し

○ 利用者とサービス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。

○ 障害者自立支援法に基づく人員、運営等の基準により、平成18年10月から、指定障害福祉サービスの事業者に対し、運営規程の概要その他の重要情報等の掲示及びサービスの提供方法等の利用者への説明を義務付け。

○ 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。

○ 障害者自立支援法において、NPO法人による事業所の開設を認めるなど、設置主体の緩和を実施するとともに、「就労移行支援体制加算」等、前年度の良好な実績を事業者の報酬に反映する仕組みを導入。

○ 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。

○ 障害者自立支援法において、「就労移行支援体制加算」等、前年度の良好な実績を事業者の報酬に反映する仕組みを導入。
○ 各都道府県において実施している第三者評価制度について、引き続き活用を促進。

○ 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。

○ 障害者自立支援法により、施設単位による支払方式を改め、個人単位による支払方式を導入。また、平成19年10月から、障害者自立支援法に規定する介護給付費等の支払いに関する事務を国民健康保険団体連合会に委託し、請求・支払事務の効率化を図るとともに、全国共通のシステムを導入し、平準化を推進。

キ 社会復帰意欲を促す相談支援体制の整備

<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者自立支援法において、相談支援事業を市町村の必須事業として位置付けるとともに、相談支援事業の中立性、公平性について地域自立支援協議会で評価を実施。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者自立支援法により、市町村において地域自立支援協議会を中心とした相談支援体制を構築するとともに、専門性が高い危機介入的な事例や広域的調整が必要な事項については、都道府県が支援するなど相談支援体制の機能強化を推進。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者自立支援法において、精神保健福祉センターが市町村に対して技術的な協力その他必要な援助を行うことや支給要否決定を行うに当たり意見を述べることを明確化。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者自立支援法により、市町村において相談支援体制を構築し、適切な相談支援を実施。特に計画的な支援を必要とする者に対しては、サービス利用計画作成費を支給し、ケアマネジメント手法を用いた支援を実施。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 都道府県において研修を計画的に実施するなど、指定障害福祉サービス等に係る人材の確保又は資質の向上に関する総合的な施策を引き続き推進。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 市町村において、障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のために関係機関と連絡調整を行うこと、その他権利の擁護のために必要な援助を行う体制の整備を促進。利用促進のパンフレットを配布するとともに、自治体等において、成年後見制度利用支援事業を実施。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 平成15年に退院促進支援事業を創設し、平成18年からは、精神障害者退院促進支援事業を地域生活支援事業の都道府県事業として実施。平成20年予算においては、精神障害者地域移行支援特別対策事業として約17億円を計上。</p>

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。

○ 障害者自立支援法により、障害の種別にかかわらず市町村が一元的にサービスを提供する仕組みとし、精神障害者に対するサービスの支給決定についても、市町村が実施。

○ 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。

○ 障害者自立支援法においては、認定調査や相談支援事業について外部委託を可能とするとともに、相談支援従事者研修等により、市町村への支援を推進。

○ 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。

○ 障害者自立支援法においては、相談支援事業を市町村の必須事業としつつ、専門性の高い相談支援事業等は都道府県が市町村を支援する体制を整備。

○ 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。

○ 平成18年度補正予算で実施されている特別対策において、各自治体の施行事務への助成を実施。

(4) 精神保健医療福祉施策の基盤強化

② 今後の基本的方向	
<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	
③ 当面の検討事項	
ビジョン本文	施策
○ 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。	○ 必要な人員の将来見通しやその育成・再教育等の方策について、今後の改革の進捗状況を踏まえ、引き続き検討。なお、精神保健福祉士については、平成19年12月より、精神保健福祉士の養成のあり方等に関する検討会を開催し、検討中。
○ 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。	○ 障害者自立支援法において、支援の必要度に応じたサービスを提供する仕組みとするため、障害程度区分を導入するとともに、障害程度区分に基づく報酬設定・国庫負担基準を設定。
○ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・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 	○ 障害者自立支援法により、平成18年4月から、身体障害者福祉法に基づく更生医療・児童福祉法に基づく育成医療と精神通院医療を「自立支援医療」に一本化。負担上限月額、制度の適用対象等については、自立支援医療検討会を開催し、検討を実施。

<p>○ 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。</p>	<p>○ 平成18年度以降、各都道府県に対し、措置入院の状況についての情報を周知。地域間格差の解消策については、引き続き検討。</p>
<p>○ 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。</p>	<p>○ 障害者自立支援法により、平成18年4月から、社会復帰施設において提供される支援及び居宅支援事業を含む精神障害者に対するサービスについて、従来、障害種別ごとに分かれていた制度を一元化し、サービスの充実を推進するとともに、各自治体に対して、サービスの計画的な基盤整備を行う障害福祉計画の作成を義務付け。</p>

平成14年12月19日

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書 「今後の精神保健医療福祉施策について」の概要

基本的な考え方

入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換

↓
施策の視点

- ① 精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること
- ② 「受入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。また、これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床数の減少を見込むこと
- ③ 当事者が主体的に選択できるよう、多様なサービスの充実を図ること
- ④ 良質な精神保健医療福祉サービスの提供とアクセスの改善を図ること
- ⑤ 精神保健医療福祉施策にとどまらず、他の社会保障施策との連携を進めるとともに、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むこと
- ⑥ さまざまな心の健康問題の予防と早期対応を図ること
- ⑦ 客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ること

具体的な施策

1) 精神障害者の地域生活の支援

① 在宅福祉サービスの充実

ホームヘルプ等の居宅生活支援事業（市町村単位で実施）の充実。

② 地域における住まいの確保

グループホームの確保。

③ 地域医療の確保

検討会を設置し、精神医療における地域医療の考え方、精神科プライマリケアの普及、精神病床の基準病床数算定式等について検討。

④ 精神科救急システムの確立

さまざまな精神科救急ニーズに対応できるよう、地域の実情に応じた精神科救急システムの整備を推進。

「精神科救急医療システム整備事業」の拡充のため、精神科初期救急医療施設（輪番制）の整備に着手。

⑤ 地域保健及び多様な相談体制の確保

精神保健福祉センター、保健所の活動の充実。

当事者による相談活動（ピアサポート）の支援。

⑥ 就労支援

授産施設等における活動から一般就労への移行を促進。

2) 社会復帰施設の充実

生活訓練施設、福祉ホーム、通所授産施設等の精神障害者社会復帰施設の充実。

3) 適切な精神医療の確保

① 精神医療における人権の確保

都道府県・指定都市におかれている精神医療審査会の充実。
措置入院制度の調査検討。

② 精神病床の機能分化

検討会を設置し、人員配置基準等について、検討。

- ③ 精神医療に関する情報提供
個々の病院・病院関係団体等による自主的な情報公開を期待。問題を有する精神科病院については、立入検査の結果等を公開。
 - ④ 根拠に基づく医療の推進と精神医療の安全対策
治療ガイドラインの作成・普及。精神医療の特性を踏まえた安全対策についても検討を開始。
- 4) 精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上
精神保健・医療・福祉に携わる医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等について、確保と資質の向上を図る。
- 5) 心の健康対策の充実
- ① 精神障害及び心の健康問題に関する健康教育等
地域、職域における健康教育とともに、文部科学省と連携して、児童等に対する啓発を推進。
 - ② 自殺予防とうつ病対策
自殺防止対策有識者懇談会の報告を踏まえ、地域、職域において、うつ病対策を中心とする自殺予防に着手。
うつ病の早期発見と適切な対応のため、地域保健医療関係者向けのマニュアルを作成・普及。
 - ③ 心的外傷体験へのケア体制
災害・事件に際し、適切に精神的ケアを実施する対応体制の確保。
 - ④ 睡眠障害への対応
適切な相談体制の確保。
 - ⑤ 思春期の心の健康
児童・思春期の心の健康問題に係る専門家の確保、地域における相談体制の充実等。
- 6) 精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進
各種施策の進捗状況を定期的にまとめ、精神障害分会で評価・見直し。

平成14年12月19日

社会保障審議会障害者部会
精神障害分会 報告書

「今後の精神保健医療福祉施策について」

1. はじめに

- 我が国の精神保健医療福祉施策は、昭和62年の精神衛生法改正において、精神医療における人権の確保及び精神障害者の社会復帰対策が位置付けられて以来、一定の向上が図られてきている。
- しかし、我が国の精神保健医療福祉の状況については、依然として次のような課題があることが指摘されている。
 - ・ 人口当たりの精神病床数（ただし、精神病床の定義は国によって異なる場合がある。）が諸外国に比べて多いこと
 - ・ 医療技術の進歩等により、最近入院した者については比較的短期間の入院医療が定着しつつある一方、長期入院の者が減らず、またいわゆる社会的入院者が減らないこと
 - ・ 精神病床の機能分化が未だ成熟しておらず、効率的で質の高い医療の実施が困難であること
 - ・ 入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと
 - ・ 精神疾患や精神障害者に対する国民の正しい理解が十分とはいえないこと
- このように、我が国の精神障害者対策が施設処遇を中心として発達してきた背景には、歴史的に、精神保健医療福祉サービスの提供体制が不十分であった時代に生じていた、私宅監置等の自宅や地域における処遇の問題を改善するために、施設処遇が進められてきたという経緯がある。
- 精神保健法（昭和62年）、障害者基本法（平成5年）、精神保健福祉法（平成7年）等の成立を経て、施設処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきた。しかし、その成果はいまだ十分ではなく、いわゆる社会的入院者の退院も進んでいない。
- しかし、今後は、上に掲げた課題の解決を図りつつ、ノーマライゼーションの考え方を踏まえ、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要である。
- このため、今後の進むべき方向を明示した上で、可能な限り各種施策の目標数値を設定し、計画的に推進を図ることが必要である。
- なお、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案の審議の過程で、こうした新たな施策の推進とともに精神保健医療福祉施策全般の充実向上が不可欠として、ともに重要な課題であることが指摘されている。
- 本分会においては、平成14年1月28日の第1回会議以来、11回の会議を重ね、

精神保健医療福祉施策全般の充実向上のための基本的な考え方及び具体的な方策について検討を進めてきた。この検討結果が、障害者基本計画及び障害者プランに可能な限り盛り込まれ、順次実現が図られることを期待するものである。

2. 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉施策を進めるに当たっては、まず、精神保健医療福祉サービスは、原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供されるべきであるとする考えに基づき、これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換するための、各種施策を進めることが重要である。

具体的な対策を推進するに当たっては、各施策に共通する視点として次の事項を常に念頭に置くべきである。

- ① 精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること
- ② 「受入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。また、これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床数の減少を見込むこと
- ③ 当事者が主体的に選択できるよう、多様なサービスの充実を図ること
- ④ 良質な精神保健医療福祉サービスの提供とアクセスの改善を図ること
- ⑤ 精神保健医療福祉施策にとどまらず、他の社会保障施策との連携を進めるとともに、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むこと
- ⑥ さまざまな心の健康問題の予防と早期対応を図ること
- ⑦ 客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ること

厚生労働省においては、今後、ここに掲げた各種施策について進行状況を本分会に定期的に報告し、施策の評価・再検討を行うことが重要である。また、各種施策を効果的に推進するため、障害者施策を担当する都道府県、市町村においても、地域の実情を踏まえ、計画的に諸施策を推進することが期待される。

3. 具体的な施策のあり方について

厚生労働省においては、次に示す施策を進めることが必要である。なお、本分会が行うべきことや、都道府県・市町村、関係機関等に期待されることについても併せて記載することとする。

1) 精神障害者の地域生活の支援

①在宅福祉サービスの充実

<現状>

- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）の改正により、居宅生活支援事業を平成 14 年度から市町村単位で実施することとなった。
- ・ 社会復帰施設等の利用に関する相談、あっせん、調整業務の市町村実施に合わせて、精神障害者ケアガイドラインを一部改正した（平成 12 年度）。

<方向>

- ・ 精神障害者ができる限り地域で生活できるよう、居宅生活支援事業の普及を図るとともに、ケアマネジメント手法の活用を推進し、総合的、計画的なサービス提供を行う。
- ・ 特に、今後 10 年のうちに、「受入れ条件が整えば退院可能」な約 7 万 2 千人の退院・社会復帰を目指すため、必要なサービスを整備する。
- ・ 退院・社会復帰を目指すために必要なサービスの整備にあたっては、精神病床数の動向を見つつ、効率的に進めていくものとする。

<具体的な対応等>

- ・ 平成 14 年度から市町村単位で実施することとなった居宅生活支援事業については、早急に、全ての市町村において受入れ体制を整えることが必要である。このため、引き続き、都道府県等を通じて取組状況を把握しつつ、必要な支援、助言等を行う。
- ・ 地域において生活する精神障害者のうち、居宅生活支援を必要とする者にサービスを提供できるよう、サービス提供量の充実を進める（数値目標を引き続き検討）。
- ・ 短期入所事業（ショートステイ）について、介護等に当たる者が一時的に不在となる場合のほか、精神障害者本人が一時的に休息する場合の利用を可能とする方向で必要な対応を検討する。
- ・ 都道府県及び市町村の障害者計画において、精神障害者施策を含めたものとするとともに、在宅福祉サービスの確保、精神疾患・精神障害者への正しい理解の普及等に関する記載を充実するよう要請する。
- ・ ケアマネジメント従事者（三障害）養成研修事業を推進する。
- ・ 社会的入院患者等の退院を促進するため、ケアマネジメント手法を活用した支援を行うことを検討する。
- ・ 多職種による訪問支援を活用したケア体制について、諸外国で実施され成果を上げていることを踏まえ、厚生労働科学研究事業の活用等により検討を進める。

② 地域における住まいの確保

<現状>

- ・ 平成8年度から、精神障害者保健福祉手帳1, 2級の所持者について、公営住宅入居に関し収入要件緩和による優遇措置が行われている。

<方向>

- ・ 住まいの確保は、精神障害者の社会復帰、地域生活への移行の促進に当たって重要な課題の一つである。退院後、直接、又は精神障害者社会復帰施設等を経て、地域で生活しようとする精神障害者が、円滑に住まいを確保できるような支援策を推進する。

<具体的な対応等>

- ・ 引き続き、グループホームの確保を推進する(数値目標を引き続き検討)。
- ・ 住まいの確保に関する支援方策について、厚生労働科学研究事業の活用等により検討を進める。
- ・ 地域における日常生活上の支援を踏まえ、公営住宅の優先入居やグループホームとしての活用等について、関係部局との連携を図る。

③ 地域医療の確保

<現状>

- ・ 精神障害者の地域生活への移行及び心の健康問題への早期対応を図る観点から、地域における精神医療への適切なアクセスの確保や、医療機関間の連携強化が重要な課題となってきている。
- ・ 精神病床は、都道府県の区域ごとに整備されることとなっているが、都道府県内及び都道府県間において地域偏在がみられる。また、精神科診療所は増加しているものの、精神科間の病診連携や、精神科と他科の連携は不十分な状況にある。
- ・ 一方、精神障害者の訪問看護の利用は徐々に増加している。

<方向>

- ・ 地域医療を確保するため、二次医療圏では、精神保健・医療の一般的な需要(一般的な身体合併症への対応を含む。)に対応し、三次医療圏では、重大な身体合併症を有する精神障害者の医療等、専門的な精神科医療に対する需要に対応できるようにすることが望ましい。
- ・ 精神科病院(精神病床を有する病院。以下同じ。)と一般病院、精神科病院と精神科診療所、精神科診療所と他科(内科等)診療所等の連携を進めることが必要である。

<具体的な対応等>

- ・ 精神医療における地域医療の考え方、二次医療圏単位で整備が必要な精神医

療の機能及びその確保方策（身体合併症治療のあり方を含む。）、精神科プライマリケアの普及、精神病床の基準病床数算定式について検討会を設置して検討を進め、早急に結論を得る。

- ・ 一般医療における高次救急医療機関においても精神科的介入を要する患者が多くみられることから、精神科との連携等によりこれらの患者への対応の充実に図る。
- ・ 訪問看護師養成講習会の活用等により、精神疾患にも対応可能な訪問看護師の増加を図る。
- ・ ケアマネジメント手法等を活用したチーム医療を進め、地域ケアの充実に図る。

④ 精神科救急システムの確立

<現状>

- ・ 精神障害者の地域生活への移行及び心の健康問題への早期対応を図る観点から、精神科救急システムの整備が重要な課題となってきた。特に、措置入院等の非自発的入院を要するような重症例への対応だけでなく、自らの意思で医療相談や受診をしようとする者に対応する体制の重要性が指摘されている。
- ・ 厚生労働省においては、精神科救急医療システム整備事業を実施しており、1県を除き何らかの取組はなされているが、夜間・休日の体制、自らの意思で受診をしようとする者への対応、住民への周知等の面で十分ではない。このため、救急医療システムを拡充し、緊急的な精神医療相談等に対応するため、「24時間医療相談体制整備事業」を開始している。

<方向>

- ・ 措置入院等の非自発的入院を要する場合から、相談への対応のみの場合まで、さまざまな精神科救急ニーズに対応できるよう、地域の実情に応じた精神科救急システムの整備を推進する。

<具体的な対応等>

- ・ 行政による精神科救急システムを充実するため、都道府県・指定都市における「精神科救急医療システム整備事業」及び「24時間医療相談体制事業」への取組を強力に推進するとともに、精神科初期救急医療施設（輪番制）の整備に着手することを検討する。
- ・ 行政による精神科救急システム以外にも、かかりつけの医療機関、地域生活支援センター等、地域の多様な資源による支援が重要であることから、各機関が期待される役割を果たすとともに、互いに連携を図ることが必要である。

⑤ 地域保健及び多様な相談体制の確保

<現状>

- ・ 精神保健福祉センター、保健所、市町村等の行政機関において、精神保健福祉に関する相談・指導、組織育成、社会復帰支援等を実施している。
- ・ 地域生活支援センターにおいて、職員による相談支援のほか、利用者間の相互支援を実施している。

<方向>

- ・ 精神障害者及び家族のニーズに対応した、多様な相談・支援体制を構築する。

<具体的な対応等>

- ・ 精神保健福祉センターによる、技術指導・援助、精神保健福祉相談、組織育成等の活動を推進する。
- ・ 保健所による相談・指導、自助グループ等の組織育成、広域的・専門的な調整及び市町村への技術的支援、社会資源の開発等を推進する。
- ・ 当事者による相談活動（ピアサポート）に取り組む市町村を支援することを検討する。
- ・ 精神障害者のうち介護保険サービスの利用を希望する者に対しては、精神障害者の社会復帰支援に当たる者や介護保険のサービス事業者等において、相談支援、情報提供等、適切な援助を実施する。

⑥就労支援

<現状>

- ・ 精神障害者の福祉的な就労支援策として、社会復帰施設の設置・運営のほか、社会適応訓練事業を実施している。
- ・ 身近な地域で、就業面の支援と生活面の支援を一体的に行うため、「障害者就業・生活支援センター」による支援事業を実施している。

<方向>

- ・ 授産施設等における活動から一般就労への移行を促進する。

<具体的な対応等>

- ・ 一般就労への移行に向けた訓練の場としての機能を十分に果たすべく、授産施設等の福祉的な就労支援策の適切な実施を図る。
- ・ 障害者就業・生活支援センターにおける支援事業、職場適応援助者（ジョブコーチ）事業について推進を図る。
- ・ 法定雇用率適用のあり方について、「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」において検討する。

2) 社会復帰施設の充実

<現状>

- ・ 平成8年から開始された障害者プランに基づき概ね目標を達成している。

<方向>

- ・ 精神障害者の社会復帰を支援するため、地域移行の推進を前提とした上で、精神障害者社会復帰施設を計画的に整備し、その適切な活用を推進する。
- ・ 特に、今後 10 年のうちに、「受入れ条件が整えば退院可能」な約 7 万 2 千人の退院・社会復帰を目指すために必要な施設を整備する。
- ・ 社会復帰施設の整備等にあたっては、精神病床数の動向を見つつ、効率的に進めていくものとする。

<具体的な対応等>

○社会復帰施設整備の考え方

- ・ 整備等に関する各類型別の考え方は、次のとおりとする。
 - ・ 生活訓練施設は、比較的若年で日常生活に適應するための訓練等を要する者の通過施設として、引き続き整備する。
 - ・ 福祉ホームは、生活の場として引き続き整備する。
 - ・ 通所授産施設は、将来就労を希望する者の作業訓練の場として、引き続き整備する。
 - ・ 入所授産施設及び福祉工場の整備については、ノーマライゼーション推進等の観点から見直す。
 - ・ 地域生活支援センターについては、引き続き整備が必要である。
 - ・ 小規模作業所については、その運営の安定を図るため、小規模通所授産施設への移行を促進する。
 - ・ なお、数値目標の設定に当たっては、「受入れ条件が整えば退院可能」な約 7 万 2 千人の退院・社会復帰を目指すことを念頭におき、入院者の態様に応じて、それぞれ次の点を留意する。
 - ・ 症状性を含む器質性精神障害を有する者については、精神保健福祉施策と介護保険等との連携による対応が望ましい。
 - ・ その他の精神疾患を有する若年者（概ね 55 歳未満）で、比較的短期の入院（概ね 5 年未満）のものについては、一部が生活訓練施設を経ることとなるが、大部分は直接、在宅又はグループホームでの生活を送ることができるよう支援を行うことが望ましい。
 - ・ その他の精神疾患を有する若年者（概ね 55 歳未満）で、比較的長期の入院（概ね 5 年以上）のものについても、一部が生活訓練施設を経ることとなるが、その他は直接、在宅又はグループホームでの生活を送ることができるよう支援を行うことが望ましい。ただし、比較的短期入院の者の場合と比較し、生活訓練施設における訓練を要する者が多いと想定される。
 - ・ その他の精神疾患を有する高齢者（概ね 55 歳以上）については、心身の障害程度、自宅の保有状況等に応じて、在宅、グループホ

ーム、福祉ホーム等での生活を送ることができるよう、支援を行うことが望ましい。また、介護保険のサービスの利用を希望する者については、適切な援助を実施する。

- ・ 精神障害者社会復帰施設を設置する場合の整備費の補助について、病床削減と関連付けることを検討する。

○都道府県・市町村の役割

- ・ 施設整備の推進に当たっては、都道府県・市町村の積極的な取組が欠かせないことから、都道府県・市町村障害者計画において、その具体的な目標を定めることや、地域住民の理解が必要であることから、精神疾患及び精神障害者への正しい理解の普及等についても記載を充実するよう要請する。
- ・ 都道府県・指定都市に対し、地方障害者施策推進協議会の活用等により、いわゆる社会的入院・長期入院の改善方策について検討するよう要請する。

○今後さらに検討を要する課題等

- ・ 地域生活支援センターについては、地域で生活する精神障害者を支援する身近な施設であることから、他の障害者施策との関連、これまでの活動実績の評価等も考慮し、地域生活支援センター相互や市町村との連携も含め、検討会等の場でそのあり方をさらに検討する。
- ・ 入院は要さないが介護や医療に対するニーズの比較的高い精神障害者の処遇に適する施設のあり方について、新たな施設類型も含め、検討会等の場でさらに検討する。
- ・ 授産施設等については、一般就労への移行に向けた訓練機能を果たすよう、適切な運営を図るとともに、そのあり方について検討する。

3) 適切な精神医療の確保

①精神医療における人権の確保

<現状>

- ・ 専門性・中立性等の確保を図る観点から、精神医療審査会の事務を、都道府県・指定都市本庁から精神保健福祉センターに移管した。
- ・ 精神医療審査会の機能については、退院請求の処理期間等からみて、不十分な点がある。

<方向>

- ・ 引き続き、精神医療審査会の機能の充実と適正化等を図る。

<具体的な対応等>

- ・ 都道府県・指定都市に対し、審査件数に対応した適切な数の合議体を設置する等、精神医療審査会の機能の充実・適正化を図るよう要請する。
- ・ 厚生労働科学研究事業の活用等により、精神医療審査会の機能の評価を行う。
- ・ 精神保健指定医に対する研修の充実等により、措置入院や医療保護入院の要

否の判断等の一層の適正化を図る。

- ・ 厚生労働科学研究事業の活用等により、措置入院制度、医療保護入院制度の運用状況について調査・検討を進める。

②精神病床の機能分化

<現状>

- ・ 精神病床の人員配置基準については、平成 13 年に「大学附属病院等の精神病床」と「その他の精神病床」という 2 種類の人員基準が規定されたところである。
- ・ 平成 12 年 12 月 13 日の公衆衛生審議会報告において、「精神病床の機能分化や長期入院患者の療養のあり方を含め、21 世紀の精神医療の方向性について別途、検討を開始し、人員配置に関する経過措置の期間とされている医療法施行後 5 年の間に一定の方向を示すべきである」とされている。
- ・ 精神病床の約 3 割は、急性期医療、老人痴呆等の特徴をもった病床となっている。
- ・ 診療報酬においては、人員配置、対象となる患者、医療内容等に着目した点数が設けられている。この結果、精神科病院の約 7 割で看護配置が 4:1 以上となっている。

<方向>

- ・ 今後 10 年のうちに、「受入れ条件が整えば退院可能」な者の退院・社会復帰を目指すこと及び最近の入院期間短縮化の傾向からみて、入院患者数は今後減少する見込みである。これらに伴う精神病床の集約化を踏まえ、人員配置を含めた精神病床の機能分化を推進する。

<具体的な対応等>

- ・ 精神病床の機能分化について、検討会を設置し、前回医療法改正に伴い新設された「大学附属病院等の精神病床」と「その他の精神病床」の 2 種類の人員配置基準について、それぞれ適用すべき精神病床の範囲等に関しさらに検討を進め、早急に結論を得る。その際、3. 2) 社会復帰施設の充実の項で指摘した、入院は要さないが介護や医療に対するニーズの比較的高い精神障害者の処遇に適する施設のあり方についても留意する。
- ・ 機能分化を推進するため、医療法上の精神病床の区分に加えて、引き続き、診療報酬上もよりきめ細かな対応が求められる。
- ・ 引き続き、老人性痴呆疾患センター事業の着実な実施を図る。

③精神医療に関する情報提供

<現状>

- ・ 平成 14 年 4 月に、医療法に基づく広告規制が緩和された。

- ・ (財)日本医療機能評価機構が第三者評価を実施しており、この結果については、広告可能となっている。

<方向>

- ・ 患者・家族による医療機関の選択に資するよう、精神医療や精神科病院に関する情報の提供を推進する。

<具体的な対応等>

- ・ 原則として、良質の医療を提供する医療機関がその情報を積極的に提供することにより、患者・家族に選択されるというあり方が望ましいため、個々の病院、病院関係団体等による自主的な情報公開の推進が期待される。
- ・ 併せて、(財)日本医療機能評価機構による評価の受審を促進する。個々の病院、病院関係団体等において、積極的な受審、その結果の公開等の取組がなされることが期待される。
- ・ 情報提供推進に当たっては、医療機関を利用する者の評価に基づいた情報提供の有用性にも留意することが望ましい。
- ・ 改善が認められない等の問題を有する精神科病院に対し、精神保健福祉法に基づき国の立入検査が行われた場合は、その結果について公表することを原則とする。また、都道府県等の立入検査の結果や、通常の実地指導であっても指導に対して改善が認められない場合については、公表が望ましいという考え方をとる。
- ・ 精神医療におけるインフォームド・コンセントやカルテ開示の推進方策については、本分会で引き続き検討を行う。
- ・ 「医療提供体制の改革の基本的方向」で示された対策の一環として、精神科病院についても、インターネット等を通じた公的機関等による適切な情報提供の充実・促進を図るとともに、電子カルテ、レセプト電算処理等のIT化の推進を図る。

④ 根拠に基づく医療の推進と精神医療の安全対策

<現状>

- ・ 根拠に基づく医療の推進方策の一つとして、精神分裂病(統合失調症)及び気分障害の治療ガイドライン並びに電気痙攣療法のガイドラインの策定に向けた調査研究等を実施している。
- ・ 平成14年4月に、「医療安全推進総合対策」が策定された。

<方向>

- ・ 精神医療の質の向上を図るため、治療研究の推進とともに、治療ガイドライン等の作成・普及を進める。
- ・ 「医療安全推進総合対策」に基づく安全対策を実施するとともに、精神医療の特性を踏まえた安全対策を推進する。

<具体的な対応等>

- ・平成15年度に終了予定の厚生労働科学研究事業「精神疾患治療ガイドラインの策定等に関する研究」及び精神・神経疾患研究委託費研究「アルコール・薬物関連障害の病態に関する総合的研究」の成果等を踏まえ、根拠に基づく医療の普及のために必要な対応を進める。
- ・「医療安全推進総合対策」において、国として当面取り組むべき課題とされた事項を着実に実施する。また、自傷、他害、無断離院、隔離・拘束等、精神医療に特有な課題もあることから、精神医療の特性を踏まえた安全対策の必要性やあり方について、平成15年度から厚生労働科学研究事業の活用等により検討を進める。

4) 精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上

<現状>

- ・精神医療に携わる医師、看護職員の数は増加している。精神保健福祉士は、平成9年に資格制度が創設されて以来、順調に増加している。

<方向>

- ・精神保健・医療・福祉に携わる医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等について、その確保と資質の向上を図る。

<具体的な対応等>

- ・医師臨床研修の必修化により、精神疾患を含むプライマリケアの基本的診療能力の向上を図る。
- ・精神保健指定医の資格審査を引き続き厳正に実施するとともに、指定医研修内容の充実により、資質の確保向上を図る。
- ・看護基礎教育及び卒後教育の充実等により、看護職員の資質の向上を図るとともに、看護職員の確保を図る。
- ・社会復帰施設の職員（精神保健福祉士を含む。）に対する研修を引き続き実施する。

5) 心の健康対策の充実

① 精神障害及び心の健康問題に関する健康教育等

<現状>

- ・保健所、市町村等において、心の健康づくりに関する知識や、精神疾患に対する正しい知識の普及・啓発を実施している。
- ・小・中学校、高等学校における体育・保健体育に関する学習指導要領において、「心の健康」について記載され、これに沿った教育がなされている。

<方向>

- ・精神障害及び心の健康問題に関する正しい知識の普及・啓発（一次予防）及

び相談事業等による早期診断・早期介入（二次予防）を推進する。

<具体的な対応等>

- ・ 引き続き、保健所、市町村や職域における啓発事業等を通じ、心の健康問題、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の推進を図る。
- ・ 精神障害者社会復帰施設における「地域交流スペース」の普及を図り、地域ぐるみで精神障害者の自立と社会参加への理解と支援を促す。この際、利用者の負担にならないよう配慮が必要との意見にも留意する。
- ・ 文部科学省と連携して、児童等の健やかな心の成長を促す一助として、精神疾患及び精神障害者への正しい理解を進め、差別・偏見の解消を図る手法の開発を進める。当面、厚生労働科学研究事業（「精神保健の健康教育に関する研究」）を活用して、検討を進める。
- ・ 精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業等を通じ、引き続き、薬物乱用による精神障害について、知識の普及等を行う。
- ・ 厚生労働科学研究事業を活用し、青少年のための飲酒・アルコール問題に関する健康教育プログラムの作成を進める。

②自殺予防とうつ病対策

<現状>

- ・ 自殺による死亡者は、平成 10 年に、前年の 23,494 人から急増して、3 万人を超え、その後も横ばいの状態である。特に中年男性の自殺死亡数が増加しているが、若年者の自殺も近年、増加している。高齢者の自殺死亡数も従来から多く、人口の高齢化を考慮に入れると今後も増加が懸念される。
- ・ 自殺には多くの背景が関与しているが、自殺者の多くがうつ病、精神分裂病（統合失調症）及び近縁疾患、アルコールや薬物による精神や行動の障害等の精神疾患を有し、中でもうつ病の割合が高いと指摘されている。
- ・ 自殺防止対策有識者懇談会では、自殺予防対策の理念が確認され、うつ病対策及び心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発が早急に取り組むべき対策として位置付けられた。
- ・ 厚生労働科学研究事業においては、地域等におけるかかりつけ医、保健師等による自殺予防のための介入手法等の検討や、自殺や自殺予防の実態把握が行われている。
- ・ 職域においては、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の普及を通じ、メンタルヘルスの充実が促されている。

<方向>

- ・ 自殺防止対策有識者懇談会の報告を踏まえ、うつ病対策を中心とする自殺予防に着手する。

<具体的な対応等>

- ・ 自殺を予防するためには、うつ病などの心の健康問題やそれに起因する自殺の問題は、誰もが抱えうる身近な問題であることを国民一人ひとりが認識することが重要であることから、この点について国民への普及・啓発を実施する。
- ・ 精神科を専門としない医師を対象とする、自殺予防及びうつ病に関する啓発について、医師会等が中心となって積極的に取り組むことが期待される。
- ・ うつ病対策として、うつ病等を早期に発見し、適切な対応ができるように、地域保健医療福祉関係者向けマニュアルを作成・普及することを検討する。
- ・ 職域における心の健康づくり体制の整備及び自殺予防マニュアルの普及等を推進する。
- ・ 引き続き、厚生労働科学研究事業の活用等により、適切な自殺予防対策の基盤として、自殺死亡、うつ病の有病率、相談内容等の自殺に関する実態把握を行う。
- ・ これらの自殺防止対策を、国立研究機関等が中心となって、精神保健福祉センター、保健所、救命救急センターを含む医療機関、事業場、医師会等との連携により多角的に推進する。

③心的外傷体験へのケア体制

<現状>

- ・ 災害被災者や犯罪被害者に対して、身近な地域において、災害・事件等の性質に応じ、関係者が連携して、PTSD（心的外傷後ストレス障害）等に対する精神的ケアを実施している。
- ・ 通常地域精神保健医療体制では対応が困難な場合には、関係省庁等の連携の下、スーパーバイズ等を行う専門家の派遣、各方面への応援要請などが必要に応じて実施されている。

<方向>

- ・ 種々の災害・事件等が生じた際に、適切に精神的ケアを実施する対応体制の確保を進める。

<具体的な対応等>

- ・ 災害被災者や犯罪被害者のPTSD等に対する専門的なケアを行う人材を確保するため、医師、看護職員、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象とするPTSD専門家養成研修を引き続き行うとともに、研修修了者の名簿を関連する行政機関に配布し活用する。また、精神保健福祉センター、保健所、医療機関等でこれらの専門家を活用する。
- ・ 厚生労働科学研究事業により、地域精神保健医療従事者向けの対応マニュアルを作成中であり、その普及に努める。
- ・ 広域、大規模又は特異な災害や事件等であって、通常地域精神保健医療体

制では対応が困難な事例の発生時において、当該地域の専門家の活動に対する技術的支援・助言・研修などの実施、他地域からの専門家応援の調整、活動状況の評価、PTSD等に関する正しい知識の普及・啓発等、機動的で適切な体制を確保するための、組織・人材活用等のあり方について、厚生労働科学研究事業の活用等により、引き続き検討する。

④睡眠障害への対応

<現状>

- ・ 睡眠に何らかの問題を持つ人は、成人の約20%とされる。

<方向>

- ・ 健康日本21で掲げられている「2010年までに睡眠によって休養が十分にとれていない人の割合（1996年23.1%）、及び眠りを助けるために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の割合（14.1%）を1割以上減少」という目標に向けた取組を推進する。
- ・ 睡眠に問題を持つ人のうち、特に治療を要する者に対する適切な相談体制の確保を進める。

<具体的な対応等>

- ・ 睡眠に問題を持つ人のうち治療を要する者が適切に治療に至るように、厚生労働科学研究事業の成果を活用し、地域精神保健医療従事者用マニュアル等の作成及び普及を行い、保健指導の充実を図る。

⑤思春期の心の健康

<現状>

- ・ 「社会的ひきこもり」、「キレる子」、「被虐待による心的外傷」、「不登校」、「家庭内暴力」など、思春期児童等の心の健康問題が、社会的問題と関連して注目されている。

<方向>

- ・ 児童思春期の心の健康問題に係る専門家の確保、地域における児童思春期精神保健・医療・福祉等に関わる相談体制の充実を図る。

<具体的な対応等>

- ・ 思春期の心の健康問題に対応できる専門家を確保するため、医師、看護職員、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象とする思春期精神保健対策研修を引き続き行うとともに、研修修了者の名簿を関連する行政機関に配布し、活用する。また、精神保健福祉センター、保健所、児童相談所、学校、医療機関等でこれらの専門家を活用すること等により、各施設において思春期の心の健康問題に対する相談への対応の充実を図る。
- ・ 精神保健福祉センター、保健所、児童相談所、市町村、警察、学校等、思春

期の心の健康問題に関連するさまざまな機関の効果的な連携を推進するため、平成 15 年度をめぐりに「思春期精神保健ケースマネジメントモデル事業」の結果を基にした事例集を作成し、各地域に配布し活用を図る。

- ・ 厚生労働科学研究事業の成果を基に、平成 14 年度中に、「社会的ひきこもり」の人を抱える家族に対するパンフレットを作成するとともに、平成 15 年度の初めには、地域精神保健分野における対応の指針として、10 代・20 代を中心とした「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン（最終版）を普及する。

6) 精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進

<現状>

- ・ 精神科病院の状況については、厚生労働省精神保健福祉課と国立精神・神経センター精神保健研究所の協力により、毎年調査を実施し、その結果を公表している。
- ・ 地域の有病率については、厚生労働科学研究事業（「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」）において、WHO の推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究プログラム（WMH）に準拠した疫学調査の実施について検討中である。
- ・ 地域や国の精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する手法（指標）は未開発である。
- ・ 精神保健医療福祉施策の推進のため、必要な研究への補助を行っており（厚生労働科学研究事業）、平成 14 年度には、「こころの健康科学研究事業」を新設した。

<方向>

- ・ 客観的指標に基づき、現状や施策の推進状況を評価する。
- ・ 施策の策定及び推進の過程を公開する。

<具体的な対応等>

- ・ 厚生労働省において、ここに掲げた各種施策の進捗状況を定期的に取りまとめ、本分会に報告することとし、本分会は必要に応じて施策の見直しを検討する。当面、平成 14 年度に実施中の、「精神障害者社会復帰サービスニーズ調査」がまとまりしだい、報告を受けることとする。
- ・ WHO の推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究プログラム（WMH）に準拠した疫学調査を、厚生労働科学研究事業において検討中であり、これを引き続き推進する。
- ・ 厚生労働科学研究事業の活用等により、地域や国全体でみた精神保健医療福祉の水準を評価する手法（指標）の開発を推進する。
- ・ 既存の統計資料については、都道府県・指定都市別の比較可能な形で提供を

進める。

- ・ 引き続き、厚生労働科学研究事業（こころの健康科学研究事業等）により、精神保健医療福祉施策に資する研究を推進する。
- ・ 都道府県・市町村における精神保健医療福祉施策についても、客観的な指標を活用した計画的な推進や、支援ニーズをもった当事者を企画・立案の場へ参画させる等の方法による、当事者の意見の十分な反映について必要な助言等を行う。

参考資料 1

- 制度面では、法改正等により次の対応が行われてきた。
 - ・ 精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）の法定化、精神障害者社会復帰促進センターの設置（平成5年精神保健法改正）
 - ・ 障害者基本法の施策対象である障害者の範囲に、精神障害者を明確に位置付け（平成5年 障害者基本法）
 - ・ 法律の名称変更（「精神保健法」を「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正）、地域精神保健福祉施策の充実、精神障害者保健福祉手帳制度、精神障害者福祉ホーム等の法定化（平成7年改正）
 - ・ 障害者基本計画（平成5年）及び障害者プランの策定（平成7年）
 - ・ 精神保健福祉士法の制定（平成9年）
 - ・ 精神医療審査会の機能強化、精神保健福祉センターの機能拡充、精神障害者地域生活支援センターの創設、在宅福祉事業に居宅介護等事業（ホームヘルプ）と短期入所事業（ショートステイ）の追加、福祉サービスの利用に関する相談・助言等を市町村中心とする仕組みに変更（平成11年精神保健福祉法改正）

- 患者数、施設数等の状況は次の通りである。
 - ・ 精神障害により医療を受けている者の数は、長期的に増加傾向にあり、平成11年に204万人（患者調査をもとに、厚生労働省障害保健福祉部において精神障害者の状況を総患者数推計の手法で推計。）
 - ・ 精神病床入院患者のうち、約7万2千人が「受入れ条件が整えば退院可能」とされている（平成11年、厚生省・患者調査）。
 - ・ この7万2千人の内訳は、次のように推計される（平成11年患者調査をもとに、厚生労働省障害保健福祉部において算出したもの）
 - ・ 症状性を含む器質性精神障害を有する者 約8千人
 - ・ その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的短期の入院のもの（概ね5年未満） 約1万9千人
 - ・ その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的長期の入院のもの（概ね5年以上） 約1万1千人
 - ・ その他の精神疾患を有する高年齢者（概ね55歳以上）約3万4千人

- ・ 精神保健福祉手帳被交付者は、1級53,250人、2級127,847人、3級38,057人、計219,154人（平成13年度末現在）。
- ・ 精神病床数は、平成5年をピークに漸減し、平成13年10月に357,385床（厚生労働省・医療施設調査）。
- ・ 精神科標榜診療所数は増加しており、平成11年に3,682ヶ所。
- ・ 精神科を標榜する医師数（重複計上した者を含む。）は12,363人、医療施設に従事する医師数に占める割合は5.1%で徐々に増加している（平成12年、厚生省医師・歯科医師・薬剤師調査）。
- ・ 精神科病院に勤務する看護職員（常勤）は、平成12年6月30日現在、看護師51,249名、准看護師50,062名で、平成10年（看護師49,976人、准看護師48,924人）に比して増加している（精神保健福祉課調べ）。
- ・ 精神保健福祉士は、平成9年に資格制度が創設されて以来、順調に増加し、資格取得者は11,825名となった（平成14年4月末現在、精神保健福祉課調べ）。

○障害者プラン関係

- ・ 社会復帰施設は、障害者プランによって大幅に増加し、平成14年度（見込み）で、生活訓練施設5,440人分（目標値に対する達成率91%）、福祉ホーム2,860人分（同95%）、授産施設5,980人分（同66%）、福祉工場480人分（同27%）、地域生活支援センター397ヶ所（同61%）。
- ・ 居宅生活支援事業についても、障害者プランによって大幅に増加し、平成14年度（見込み）で、ショートステイ施設218人分（同145%）、グループホーム5,225人分（同103%）。
- ・ 平成14年5月に都道府県等を通じて調査したところ、事業開始済み又は平成14年度中に実施予定の市町村数は、全市町村数3,242のうち、居宅介護等事業（ホームヘルプ）2,286(70.5%)、短期入所事業（ショートステイ）1,459(45.0%)、地域生活援助事業（グループホーム）1,373(42.4%)。
- ・ 公営住宅を活用したグループホームは、全国で44戸（平成13年度）である。

参考資料2

社会保障審議会障害者部会精神障害分会委員名簿

(敬称略、五十音順)

(平成14年10月3日)

氏名	役職
有田佳秀	有田佳秀法律事務所所長
池原毅和	(財) 全国精神障害者家族会連合会常務理事
猪俣好正	(社) 全国自治体病院協議会精神科特別部会部会長
岡谷恵子	(社) 日本看護協会専務理事
恩田隆嗣	鶴岡市健康福祉部長
北川定謙	埼玉県立大学学長
京極高宣	日本社会事業大学学長
齋藤慶子	戸田病院臨床心理士
新保祐元	(福) 全国精神障害者社会復帰施設協会副会長
末安民生	(社) 日本精神科看護技術協会常任理事
関宏之	大阪市職業リハビリテーションセンター所長
高橋清久	国立精神・神経センター総長
津久江一郎	(社) 日本精神科病院協会副会長
西島英利	(社) 日本医師会常任理事
広田和子	精神医療サバイバー
宮村統雄	滋賀県健康福祉部長

参考資料 3

社会保障審議会（障害者部会精神障害分会）の検討経緯

- 第1回 平成14年1月28日
精神保健、医療、福祉の現状と検討課題について
- 第2回 平成14年2月25日
精神保健、医療、福祉施策の課題について（検討項目の整理）
- 第3回 平成14年3月28日
精神保健、医療、福祉施策の課題について（在宅福祉サービスと社会復帰施設のあり方を中心に検討）
- 第4回 平成14年5月10日
精神保健、医療、福祉施策の課題について（委員の意見発表）
- 第5回 平成14年6月7日
精神保健、医療、福祉施策の課題について（委員の意見発表）
関係団体の意見聴取（日本精神保健福祉士協会、日本作業療法士協会）
- 第6回 平成14年7月10日
精神保健、医療、福祉施策の課題について（精神医療の情報提供、こころの健康対策を中心に検討）
- 第7回 平成14年8月23日
報告書骨子案について
- 第8回 平成14年9月20日
報告書骨子案について
- 第9回 平成14年10月8日
報告書骨子案について
関係団体の意見聴取（日本精神科診療所協会）
- 第10回 平成14年11月1日
報告書案について
- 第11回 平成14年12月9日
報告書案について

参考資料 4

- ① 障害者プランの進捗状況
- ② 都道府県・政令指定都市別 社会復帰施設等整備状況
- ③ 精神障害者居宅生活支援事業の実施状況
- ④ 精神病床数、病床利用率及び平均在院日数
- ⑤ 精神病院在院患者の状況
- ⑥ 入院患者の状況調査
(日本精神科病院協会マスタープラン調査)

① 障害者プランの進捗状況

		プラン 策定時	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度 (概数)	14年度 (見込)	目標値	達成状況
生活訓練施設	(人分)	当年度	920	493	506	510	410	535	406	6,000	91%
		累計	1,660	2,580	3,073	3,579	4,089	4,499	5,034		
ショートステイ施設	(人分)	当年度	39	9	12	49	27	39	11	150	145%
		累計	32	71	80	92	141	168	207		
福祉ホーム	(人分)	当年度	70	151	31	98	253	244	1,213	3,000	95%
		累計	800	870	1,021	1,052	1,150	1,403	1,647		
授産施設	(人分)	当年度	980	582	633	563	307	750	435	9,000	66%
		累計	1,730	2,710	3,292	3,925	4,488	4,795	5,545		
福祉工場	(人分)	当年度	230	0	0	19	60	70	71	1,770	27%
		累計	30	260	260	260	279	339	409		
地域生活支援センター	(か所)	当年度	30	23	48	87	27	74	108	650	61%
		累計	-	30	53	101	188	215	289		
グループホーム	(人分)	当年度	902	578	665	572	600	617	81	5,060	103%
		累計	1,210	2,112	2,690	3,355	3,927	4,527	5,144		

資料：障害保健福祉部調査

(注)：福祉ホームには11年度から福祉ホームBが一部含まれている

② 都道府県・政令指定都市別 社会復帰施設等整備状況

都道府県名	生活訓練施設	シヤトー	福祉ホーム		授産施設		福祉工場	地域生活支援センター	グループホーム	合計
			A型	B型	通所	入所				
北海道	6	5	1	1	10	0	0	7	14	44
青森県	8	2	3	1	4	2	1	14	10	45
岩手県	4	3	1	1	6	0	0	5	19	39
宮城県	1	1	0	0	2	0	0	1	17	22
秋田県	5	4	4	1	1	0	0	3	13	31
山形県	2	0	0	0	1	0	0	2	22	27
福島県	3	2	2	0	3	0	0	2	24	36
茨城県	5	4	1	1	4	1	0	6	18	40
栃木県	8	8	8	1	2	2	0	8	23	60
群馬県	6	5	2	3	3	0	0	5	24	48
埼玉県	12	3	2	1	6	0	1	16	35	76
千葉県	5	3	3	0	3	0	0	8	14	36
東京都	9	6	7	0	21	0	0	22	83	148
神奈川県	4	0	2	1	1	0	0	4	27	39
新潟県	10	2	6	3	15	1	0	9	29	75
富山県	2	2	1	2	7	1	1	6	23	45
石川県	3	0	4	2	2	1	1	6	23	42
福井県	0	0	1	0	5	0	0	5	7	18
山梨県	2	1	0	0	3	0	0	2	14	22
長野県	8	8	3	0	8	1	0	4	22	54
岐阜県	6	2	2	0	1	0	1	8	5	25
静岡県	5	5	2	1	7	0	0	9	10	39
愛知県	5	4	1	0	4	0	0	6	15	35
三重県	4	3	2	3	6	0	0	5	7	30
滋賀県	2	1	1	0	4	0	0	4	13	25
京都府	1	1	0	1	2	0	0	2	5	12
大阪府	12	8	4	1	4	0	1	12	63	105
兵庫県	6	5	6	0	2	0	0	3	16	38
奈良県	2	2	0	0	1	0	0	2	3	10
和歌山県	2	1	0	0	2	0	1	3	8	17
鳥取県	2	2	1	1	1	0	0	3	6	16
島根県	3	3	5	0	4	1	2	8	12	38
岡山県	3	1	6	1	2	2	0	7	20	42
広島県	6	4	3	3	7	0	1	10	8	42
山口県	7	4	4	2	3	1	1	5	14	39
徳島県	7	3	0	0	0	0	0	3	6	19
香川県	5	5	1	0	2	0	0	5	4	22
愛媛県	4	1	1	1	0	0	0	5	15	27
高知県	2	2	0	1	1	0	0	3	7	16
福岡県	9	0	3	2	6	4	0	6	21	51
佐賀県	1	0	1	0	1	0	1	0	8	12
長崎県	6	3	4	1	7	1	0	5	14	41
熊本県	3	0	2	2	5	0	1	6	14	33
大分県	6	3	3	0	5	0	1	4	13	35
宮崎県	3	2	2	0	2	1	0	2	8	20
鹿児島県	5	3	7	0	5	1	1	10	17	49
沖縄県	7	0	4	0	1	6	0	5	11	34
札幌市	2	2	1	0	3	0	0	1	9	18
仙台市	1	1	0	0	3	0	0	2	12	19
千代田市	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
横濱市	2	1	0	0	2	0	0	3	28	36
川崎市	1	0	0	0	0	0	0	0	13	14
名古屋市	2	2	0	1	2	0	0	1	5	13
京都市	0	0	2	0	2	0	0	2	7	13
大阪市	1	1	1	0	2	0	0	4	11	20
神戸市	1	1	0	0	1	0	0	3	9	15
広島市	2	2	0	1	1	0	0	3	2	11
北九州市	0	0	4	0	3	0	0	1	8	16
福岡市	2	0	0	0	0	0	0	0	6	8
合計	241	135	124	40	211	26	15	296	915	2,003

資料：障害保健福祉部企画課調査（平成14年3月31日現在）
 (注)：各都道府県・指定都市に依頼し、提出のあった数値を累計したもの
 政令指定都市は別掲

(7/所)

③ 精神障害者居宅生活支援事業の実施状況

都道府県名	市町村数(A)	14年4月中に開始			14年5月から15年3月までに実施			計 (B)			実施率(B/A) %		
		ホームヘルプ	ショートステイ	グループホーム	ホームヘルプ	ショートステイ	グループホーム	ホームヘルプ	ショートステイ	グループホーム	ホームヘルプ	ショートステイ	グループホーム
北海道	212	43	10	9	37	18	3	80	28	12	37.7	13.2	5.7
青森県	67	42	21	9	21	26	26	63	47	35	94.0	70.1	52.2
岩手県	58	44	40	31	14	18	26	58	58	57	100	100.0	98.3
宮城県	70	27	13	9	35	16	4	62	29	13	88.6	41.4	18.6
秋田県	69	40	38	27	24	20	13	64	58	40	92.8	84.1	58.0
山形県	44	12		10	15			27	0	10	61.4	0.0	22.7
福島県	90	22	8	9	40	32	32	62	40	41	68.9	44.4	45.6
茨城県	84	5	2	16	63	54	19	68	56	35	81.0	66.7	41.7
栃木県	49	12	3	3	37	46	46	49	49	49	100.0	100.0	100.0
群馬県	70	22	15	20	33	33	26	55	48	46	78.6	68.6	65.7
埼玉県	90			19	90	90	71	90	90	90	100.0	100.0	100.0
千葉県	79	49	22	13	27	49	58	76	71	71	96.2	89.9	89.9
東京都	62	14		41	16		2	30	0	43	48.4	0.0	69.4
神奈川県	35	21	5	31	1			22	5	31	62.9	14.3	88.6
新潟県	111	59	20	26	14	5	26	73	25	52	65.8	22.5	46.8
富山県	35	8	7	5	27	28	30	35	35	35	100.0	100.0	100.0
石川県	41	10		6	31		6	41	0	12	100.0	0.0	29.3
福井県	35	11		6	16			27	0	6	77.1	0.0	17.1
山梨県	64												
長野県	120	46	23	9	39	26		85	49	9	70.8	40.8	7.5
岐阜県	99	26	16	14	21	13	9	47	29	23	47.5	29.3	23.2
静岡県	74	29	26	25	36	32	11	65	58	36	87.8	78.4	48.6
愛知県	87	32	22	31	50	45	23	82	67	54	94.3	77.0	62.1
三重県	69	48	34	8		1		48	35	8	69.6	50.7	11.6
滋賀県	50	50	50	21			29	50	50	50	100.0	100.0	100.0
京都府	43	6	20	9	37	23	34	43	43	43	100.0	100.0	100.0
大阪府	43	14	7	17	29			43	7	17	100.0	16.3	39.5
兵庫県	87	57	24	24	30	28	10	87	52	34	100.0	59.8	39.1
奈良県	47	21	17	13	17	20	19	38	37	32	80.9	78.7	68.1
和歌山県	50	25	17	15	25	27	30	50	44	45	100.0	88.0	90.0
鳥取県	39	7		3				7	0	3	17.9	0.0	7.7
島根県	59	27	3	12	32	56	47	59	59	59	100.0	100.0	100.0
岡山県	78	35	3	1	20	7	7	55	10	8	70.5	12.8	10.3
広島県	85	10	10	12	51	23	12	61	33	24	71.8	38.8	28.2
山口県	56	20	14	14	20	27	18	40	41	32	71.4	73.2	57.1
徳島県	50	16	12	6	12	7	5	28	19	11	56.0	38.0	22.0
香川県	39	24	12	8	15	21	12	39	33	20	100.0	84.6	51.3
愛媛県	70	16	8	10	39	8	5	55	16	15	78.6	22.9	21.4
高知県	53	14	2	4	21	12	3	35	14	7	66.0	26.4	13.2
福岡県	95	15	3	13	29	10	23	44	13	36	46.3	13.7	37.9
佐賀県	49	15	1	5	7	5	1	22	6	6	44.9	12.2	12.2
長崎県	79	34	13	9	14	20	9	48	33	18	60.8	41.8	22.8
熊本県	94	17	6	6	33	16	7	50	22	13	53.2	23.4	13.8
大分県	58	6	4	29	30	7	16	36	11	45	62.1	19.0	77.6
宮崎県	44	8	3	5	23	10	4	31	13	9	70.5	29.5	20.5
鹿児島県	96	11	3	8	23	12	7	34	15	15	35.4	15.6	15.6
沖縄県	52	2		11	8			10	0	11	19.2	0.0	21.2
札幌市	1	1	1	1				1	1	1			
仙台市	1	1	1	1				1	1	1			
千葉市	1	1	1	1				1	1	1			
横浜市	1	1	1	1				1	1	1			
川崎市	1	1	1	1				1	1	1			
名古屋市	1		1	1	1			1	1	1			
京都市	1	1	1	1				1	1	1			
大阪市	1	1	1	1				1	1	1			
神戸市	1	1	1	1				1	1	1			
広島市	1			1	1	1		1	1	1			
北九州市	1	1		1				1	0	1			
福岡市	1	1		1		1		1	1	1			
	3242	1082	566	644	1204	893	729	2286	1459	1373	70.5	45.0	42.4

資料：精神保健福祉課調査(平成14年5月10日現在)

④ 精神病床数、病床利用率及び平均在院日数

都道府県

		精神病床数	(人口10万対)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
全	国	357 385	(280.8)	93.2	373.9
北	海	21 911	(385.8)	93.3	347.7
青	森	4 695	(318.5)	89.9	324.6
岩	手	4 890	(346.1)	94.3	421.9
宮	城	5 368	(226.4)	93.0	348.3
秋	田	4 520	(381.8)	94.6	368.5
山	形	3 386	(272.8)	96.2	277.3
福	島	8 391	(394.9)	90.9	439.3
茨	城	7 896	(263.9)	90.7	522.5
栃	木	5 534	(275.3)	90.4	459.0
群	馬	5 429	(267.3)	94.6	383.5
埼	玉	12 671	(181.6)	95.1	395.3
千	葉	13 207	(221.3)	92.4	372.9
東	京	25 644	(211.3)	91.0	262.4
神	奈	14 336	(167.3)	90.5	314.8
新	潟	7 308	(295.5)	95.9	363.8
富	山	3 626	(323.5)	96.4	402.7
石	川	3 969	(335.8)	96.0	385.7
福	井	2 409	(290.2)	92.1	299.5
山	梨	2 607	(292.9)	91.7	411.2
長	野	5 555	(249.9)	90.7	270.4
岐	阜	4 391	(208.0)	94.2	377.3
静	岡	7 221	(191.0)	90.1	357.7
愛	知	14 018	(197.8)	94.0	417.1
三	重	5 196	(279.2)	95.4	371.8
滋	賀	2 402	(177.5)	90.5	337.1
京	都	6 841	(258.5)	90.9	415.2
大	阪	20 502	(232.5)	92.7	332.0
兵	庫	11 980	(215.0)	95.5	454.3
奈	良	2 979	(206.6)	87.6	419.4
和	歌	2 679	(251.3)	91.2	494.2
鳥	取	1 846	(301.1)	94.2	361.4
島	根	2 659	(349.4)	94.2	276.8
岡	山	6 153	(315.1)	88.9	294.2
広	島	9 618	(334.1)	95.1	359.4
山	口	6 311	(414.1)	96.8	457.3
徳	島	4 435	(539.5)	92.3	659.9
香	川	4 128	(403.9)	92.2	425.0
愛	媛	5 088	(341.2)	91.8	415.8
高	知	4 186	(514.9)	86.5	327.3
福	岡	21 998	(437.2)	95.1	401.6
佐	賀	4 495	(513.1)	94.9	456.5
長	崎	8 475	(560.1)	93.7	483.9
熊	本	9 039	(486.0)	95.4	405.9
大	分	5 384	(441.0)	97.8	479.0
宮	崎	6 268	(536.2)	93.0	454.6
鹿	児	10 111	(567.1)	96.0	603.4
沖	縄	5 630	(423.6)	96.4	356.9

政令指定都市(再掲)

		精神病床数	(人口10万対)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
札	幌	7 464	(407.0)	95.4	352.5
仙	台	1 777	(175.2)	88.8	284.9
千	葉	1 688	(188.4)	85.6	284.1
横	浜	5 476	(158.2)	89.7	317.2
川	崎	1 581	(124.8)	86.5	240.4
名	古	4 932	(226.6)	92.9	427.9
京	都	3 970	(270.4)	90.6	460.6
大	阪	289	(11.1)	77.5	77.2
神	戸	3 753	(249.7)	92.9	377.5
広	島	3 065	(271.2)	93.2	272.1
北	九	4 221	(418.3)	92.2	362.5
福	岡	4 095	(302.4)	96.4	327.5

資料： 精神病床数：厚生労働省「医療施設調査(平成13年10月1日)」
 病床利用率、平均在院日数：厚生労働省「病院報告(平成13年)」

⑤ 精神病院在院患者の状況

都道府県名	措置入院患者数										医療保護入院患者数									
	1ヶ月未満	～3ヶ月未	～6ヶ月未	～1年未満	～5年未満	～10年未	～20年未	20年以上	合計	1ヶ月未満	～3ヶ月未	～6ヶ月未	～1年未満	～5年未満	～10年未	～20年未	20年以上	合計		
北海道	10	7	3	7	11	5	8	36	87	197	252	186	214	498	377	434	449	2,607		
青森県	5	2	1	3	8	1	0	4	24	83	115	84	76	200	131	104	99	892		
岩手県	4	4	3	2	10	9	13	8	53	80	109	75	62	218	111	157	136	948		
宮城県	1	2	2	2	2	0	2	3	14	65	96	71	69	200	99	78	90	768		
秋田県	3	3	1	2	3	1	3	11	27	94	135	104	122	276	135	163	172	1,201		
山形県	2	2	1	2	4	2	2	2	17	87	103	67	85	171	82	91	108	794		
福島県	3	6	7	4	9	6	4	24	63	157	163	125	153	412	255	298	489	2,052		
茨城県	10	16	5	11	14	5	7	7	75	129	172	118	147	378	186	223	296	1,649		
栃木県	23	26	9	10	12	4	3	16	103	113	160	118	150	433	286	331	381	1,972		
群馬県	2	4	4	1	6	6	18	32	73	115	156	103	126	401	283	357	504	2,045		
埼玉県	29	29	17	17	45	7	23	59	226	252	488	358	369	1,031	536	656	795	4,485		
千葉県	7	13	4	4	11	3	3	0	45	281	371	319	336	937	458	510	446	3,658		
東京都	104	77	29	7	21	10	2	1	251	696	1,091	679	597	1,612	689	701	706	6,771		
神奈川県	22	22	7	1	7	1	1	1	62	234	336	304	289	823	361	336	277	2,960		
新潟県	2	9	0	2	6	1	4	6	30	231	354	246	314	932	419	449	592	3,537		
富山県	2	1	1	3	6	3	9	6	31	123	227	96	136	410	173	186	231	1,582		
石川県	3	3	1	0	8	4	1	1	21	111	163	114	137	353	156	184	245	1,463		
福井県	1	0	1	1	0	0	3	13	19	61	80	50	45	109	63	43	48	499		
山梨県	0	2	2	2	3	1	0	6	16	91	58	70	70	153	82	106	174	804		
長野県	6	6	5	11	18	5	5	18	74	86	106	73	73	239	126	138	312	1,153		
岐阜県	2	1	6	5	10	3	11	55	93	93	109	111	98	254	140	182	231	1,218		
静岡県	5	5	1	2	10	2	7	13	45	162	229	204	150	399	221	312	382	2,059		
愛知県	4	9	3	11	30	11	5	17	90	153	214	174	203	579	371	452	406	2,552		
三重県	4	2	3	1	4	4	7	25	50	62	104	87	105	284	156	140	180	1,118		
滋賀県	3	1	4	5	15	5	3	25	61	64	109	69	64	178	77	101	100	762		
京都府	3	2	1	1	2	1	0	0	10	42	79	55	48	165	71	93	120	673		
大阪府	26	19	14	10	8	4	1	1	83	433	658	507	563	1,730	749	904	785	6,329		
兵庫県	3	6	2	0	9	8	21	32	81	160	234	166	130	594	392	501	551	2,728		
奈良県	2	1	1	1	5	0	2	0	12	99	115	126	196	402	221	178	249	1,586		
和歌山県	4	4	1	1	0	1	3	15	29	51	70	45	60	170	117	235	327	1,075		
鳥取県	2	3	4	3	5	2	1	1	21	14	79	43	47	115	69	77	62	506		
島根県	3	7	2	1	2	1	1	2	19	61	105	85	99	239	89	64	118	860		
岡山県	3	3	5	1	4	1	2	7	26	124	161	139	160	413	197	211	227	1,632		
広島県	8	12	5	10	14	4	5	8	66	150	231	157	172	585	261	243	305	2,104		
山口県	2	5	4	2	8	2	7	45	75	119	206	196	219	754	375	403	564	2,836		
徳島県	1	1	0	2	9	7	3	16	39	35	46	44	57	247	157	218	310	1,114		
香川県	0	1	0	1	0	0	1	2	5	48	90	53	43	144	82	93	97	650		
愛媛県	3	6	4	3	12	7	8	35	78	97	156	123	112	357	237	318	360	1,760		
高知県	2	7	2	3	3	3	2	2	24	77	103	76	85	255	135	145	153	1,029		
福岡県	9	10	7	10	30	16	14	53	149	258	360	332	366	1,086	464	518	432	3,816		
佐賀県	3	6	10	1	17	9	5	36	87	75	154	123	137	265	132	163	148	1,197		
長崎県	2	5	3	3	10	9	6	17	55	63	116	141	167	423	223	239	338	1,710		
熊本県	5	12	2	6	13	10	2	20	70	197	267	206	268	766	423	513	719	3,359		
大分県	0	5	4	3	17	10	8	43	90	0	197	123	126	375	241	321	396	1,779		
宮崎県	1	2	2	2	1	0	3	2	13	71	68	59	87	340	156	210	290	1,281		
鹿児島県	8	10	8	5	25	16	26	55	153	123	243	251	228	806	428	564	647	3,290		
沖縄県	4	11	2	3	8	3	7	1	39	129	146	129	124	367	141	174	107	1,317		
札幌市	1	7	6	4	11	7	7	16	59	182	200	193	207	642	343	343	342	2,452		
仙台市	0	0	0	2	0	0	0	0	2	48	69	65	76	123	47	40	37	505		
千葉市	8	7	1	1	5	0	0	0	22	83	103	41	62	148	107	80	133	757		
横浜市	16	17	0	1	5	4	0	0	43	151	258	202	231	712	255	259	242	2,310		
川崎市	6	1	1	0	4	1	1	0	14	31	25	28	24	81	46	74	51	360		
名古屋市	2	3	8	2	17	6	6	16	60	97	126	85	108	374	236	310	354	1,690		
京都市	5	1	0	2	2	1	1	0	12	62	144	64	106	272	173	81	66	968		
大阪市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16	6	3	2	0	0	0	29		
神戸市	2	4	2	0	8	6	5	3	30	103	131	98	128	292	182	214	174	1,322		
広島市	9	13	3	9	13	9	5	7	68	73	86	60	53	171	120	145	117	825		
北九州市	0	5	1	2	8	7	8	7	38	78	87	79	77	224	84	124	109	862		
福岡市	5	5	3	1	2	1	0	8	25	79	106	68	96	244	150	167	189	1,099		
合計	405	453	228	212	550	255	305	839	3,247	7,235	10,735	8,173	8,855	25,363	13,076	14,954	16,968	105,359		

資料：精神保健福祉課調査（平成12年6月30日現在）

（注）：政令指定都市は別掲

都道府県名	任意入院患者数									その他入院患者数								
	1ヶ月未満	～3ヶ月未	～6ヶ月未	～1年未満	～5年未満	～10年未	～20年未	20年以上	合計	1ヶ月未満	～3ヶ月未	～6ヶ月未	～1年未満	～5年未満	～10年未	～20年未	20年以上	合計
北海道	663	824	681	831	3,090	1,504	1,371	1,386	10,350	26	11	10	8	30	24	25	135	269
青森県	237	315	190	217	765	431	484	629	3,268	18	15	4	5	6	3	2	1	54
岩手県	183	292	249	266	971	608	575	452	3,596	0	0	0	0	0	0	2	0	2
宮城県	156	229	191	213	725	438	363	322	2,637	0	1	0	0	1	1	0	0	3
秋田県	194	226	183	226	848	457	414	502	3,050	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	233	296	169	257	645	304	254	232	2,390	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福島県	289	340	269	335	1,412	843	945	1,003	5,436	13	26	18	20	12	10	6	1	106
茨城県	201	242	233	317	1,293	865	1,091	1,259	5,501	3	3	2	4	15	6	4	2	39
栃木県	135	167	136	172	656	460	607	680	3,013	4	2	7	17	27	8	0	0	65
群馬県	194	184	151	242	758	553	521	468	3,071	0	0	0	0	0	0	0	0	0
埼玉県	397	672	636	788	1,854	951	851	898	7,047	2	1	2	5	22	50	74	174	330
千葉県	361	544	437	461	1,795	1,042	1,178	962	6,780	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東京都	1,264	1,559	1,143	1,331	4,546	2,212	2,031	2,144	16,230	64	65	41	56	100	22	30	12	390
神奈川県	243	353	261	329	1,129	556	421	324	3,616	0	0	0	0	0	4	0	0	4
新潟県	205	263	191	216	883	570	560	636	3,524	2	2	0	0	0	0	1	0	5
富山県	114	127	74	111	495	274	283	333	1,811	0	0	0	0	0	0	0	0	0
石川県	150	145	118	154	633	333	351	419	2,303	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福井県	118	134	78	130	411	274	306	284	1,735	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山梨県	114	97	58	64	379	235	313	290	1,550	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長野県	300	335	221	253	955	576	515	673	3,828	1	0	0	0	0	0	0	0	1
岐阜県	153	176	149	171	652	506	509	475	2,791	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静岡県	303	324	278	330	1,083	679	785	659	4,441	0	0	0	0	0	0	0	0	0
愛知県	362	430	369	462	1,645	985	904	671	5,828	5	17	20	15	33	39	28	108	265
三重県	196	290	220	374	815	558	592	731	3,776	1	1	0	0	0	1	0	0	3
滋賀県	86	87	72	83	328	188	192	304	1,340	0	0	0	0	0	0	0	0	0
京都府	66	184	136	136	526	286	276	313	1,923	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪府	783	1,040	768	957	3,767	1,923	1,539	1,233	12,010	8	11	9	4	61	87	124	154	458
兵庫県	238	287	316	350	1,379	882	758	653	4,863	0	6	5	18	100	84	5	0	218
奈良県	54	61	55	72	240	181	156	206	1,025	0	0	0	0	2	0	0	0	2
和歌山県	56	82	75	92	375	194	216	291	1,381	0	0	0	0	0	0	0	0	0
鳥取県	78	100	88	102	305	166	163	166	1,168	0	2	3	4	10	1	1	0	21
島根県	133	137	79	113	373	188	155	274	1,452	17	21	13	16	49	8	4	0	128
岡山県	296	346	289	345	891	537	462	451	3,617	20	17	10	16	39	19	5	1	127
広島県	263	334	282	312	1,279	575	494	522	4,061	4	7	3	3	3	13	6	0	39
山口県	137	210	217	230	955	500	430	515	3,194	0	10	0	0	0	0	0	0	10
徳島県	129	165	112	197	777	545	466	557	2,948	0	1	0	0	2	0	1	0	4
香川県	148	188	178	201	765	477	519	631	3,107	0	1	0	0	0	0	0	0	1
愛媛県	195	204	206	201	703	428	399	435	2,771	1	0	0	0	0	2	0	0	3
高知県	139	169	144	179	641	373	381	342	2,368	6	7	8	11	44	3	3	1	83
福岡県	434	599	568	795	2,500	1,402	1,388	1,178	8,864	39	47	42	44	130	44	15	8	369
佐賀県	167	189	186	278	849	429	387	407	2,892	5	10	12	14	30	11	6	0	88
長崎県	244	302	300	421	1,667	1,038	1,083	1,081	6,136	4	14	6	4	11	2	0	0	41
熊本県	339	382	332	406	1,349	788	711	819	5,126	1	0	0	0	0	0	0	0	1
大分県	0	421	254	307	1,137	552	445	425	3,541	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宮崎県	266	346	250	347	1,283	750	614	704	4,560	2	0	0	2	1	2	0	0	7
鹿児島県	230	362	337	402	1,759	1,020	1,059	1,070	6,239	2	2	1	2	5	3	0	0	15
沖縄県	202	330	251	328	1,392	678	603	275	4,059	3	4	1	1	0	0	0	0	9
札幌市	342	376	317	387	1,407	638	472	381	4,320	1	5	26	11	29	26	85	146	329
仙台市	63	104	107	114	302	106	128	162	1,086	0	0	0	0	0	0	0	0	0
千葉市	47	48	33	40	138	89	105	175	675	0	0	0	0	0	1	0	0	1
横浜市	168	216	156	162	641	265	223	216	2,047	0	0	0	0	0	0	0	0	0
川崎市	113	112	53	80	206	123	140	119	946	0	0	0	0	0	0	0	0	0
名古屋市	173	235	189	215	801	443	440	383	2,879	0	0	0	0	0	0	0	0	0
京都市	150	179	154	204	929	444	335	286	2,681	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪市	41	83	27	11	22	12	3	3	202	0	0	0	0	0	1	0	0	1
神戸市	147	222	152	151	664	353	303	249	2,241	0	0	0	0	0	0	0	0	0
広島市	137	205	133	126	473	292	230	191	1,787	26	16	1	0	0	0	0	0	43
北九州市	198	248	204	149	959	417	459	314	2,948	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡市	202	255	178	245	872	414	357	288	2,811	5	0	1	1	11	4	1	0	23
合計	13,229	17,372	13,883	16,988	61,092	33,910	32,315	32,051	220,840	283	325	245	281	773	479	428	743	3,557

資料：精神保健福祉課調査（平成12年6月30日現在）

（注）：政令指定都市は別掲

「その他の入院患者」とは、措置入院、医療保護入院又は任意入院以外の患者を指す

都道府県名	在院患者数								
	1ヶ月未満	～3ヶ月未	～6ヶ月未	～1年未満	～5年未満	～10年未	～20年未	20年以上	合計
北海道	896	1,094	880	1,060	3,629	1,910	1,838	2,006	13,313
青森県	343	447	279	301	979	566	590	733	4,238
岩手県	267	405	327	330	1,199	728	747	596	4,599
宮城県	222	328	264	284	928	538	443	415	3,422
秋田県	291	364	288	350	1,127	593	580	685	4,278
山形県	322	401	237	344	820	388	347	342	3,201
福島県	462	535	419	512	1,845	1,114	1,253	1,517	7,657
茨城県	343	433	358	479	1,700	1,062	1,325	1,564	7,264
栃木県	275	355	270	349	1,128	758	941	1,077	5,153
群馬県	311	344	258	369	1,165	842	896	1,004	5,189
埼玉県	680	1,190	1,013	1,179	2,952	1,544	1,604	1,926	12,088
千葉県	649	928	760	801	2,743	1,503	1,691	1,408	10,483
東京都	2,128	2,792	1,892	1,991	6,279	2,933	2,764	2,863	23,642
神奈川県	499	711	572	619	1,959	922	758	602	6,642
新潟県	440	628	437	532	1,821	990	1,014	1,234	7,096
富山県	239	355	171	250	911	450	478	570	3,424
石川県	264	311	233	291	994	493	536	665	3,787
福井県	180	214	129	176	520	337	352	345	2,253
山梨県	205	157	130	136	535	318	419	470	2,370
長野県	393	447	299	337	1,212	707	658	1,003	5,056
岐阜県	248	286	266	274	916	649	702	761	4,102
静岡県	470	558	483	482	1,492	902	1,104	1,054	6,545
愛知県	524	670	566	691	2,287	1,406	1,389	1,202	8,735
三重県	263	397	310	480	1,103	719	739	936	4,947
滋賀県	153	197	145	152	521	270	296	429	2,163
京都府	111	265	192	185	693	358	369	433	2,606
大阪府	1,250	1,728	1,298	1,534	5,566	2,763	2,568	2,173	18,880
兵庫県	401	533	489	498	2,082	1,366	1,285	1,236	7,890
奈良県	155	177	182	269	649	402	336	455	2,625
和歌山県	111	156	121	153	545	312	454	633	2,485
鳥取県	94	184	138	156	435	238	242	229	1,716
島根県	214	270	179	229	663	286	224	394	2,459
岡山県	443	527	443	522	1,347	754	680	686	5,402
広島県	425	584	447	497	1,881	853	748	835	6,270
山口県	258	431	417	451	1,717	877	840	1,124	6,115
徳島県	165	213	156	256	1,035	709	688	883	4,105
香川県	196	280	231	245	909	559	613	730	3,763
愛媛県	296	366	333	316	1,072	674	725	830	4,612
高知県	224	286	230	278	943	514	531	498	3,504
福岡県	740	1,016	949	1,215	3,746	1,926	1,935	1,671	13,198
佐賀県	250	359	331	430	1,161	581	561	591	4,264
長崎県	313	437	450	595	2,111	1,272	1,328	1,436	7,942
熊本県	542	661	540	680	2,128	1,221	1,226	1,558	8,556
大分県	0	623	381	436	1,529	803	774	864	5,410
宮崎県	340	416	311	438	1,625	908	827	996	5,861
鹿児島県	363	617	597	637	2,595	1,467	1,649	1,772	9,697
沖縄県	338	491	383	456	1,767	822	784	383	5,424
札幌市	526	588	542	609	2,089	1,014	907	885	7,160
仙台市	111	173	172	192	425	153	168	199	1,593
千葉市	138	158	75	103	291	197	185	308	1,455
横浜市	335	491	358	394	1,358	524	482	458	4,400
川崎市	150	138	82	104	291	170	215	170	1,320
名古屋市	272	364	282	325	1,192	685	756	753	4,629
京都市	217	324	218	312	1,203	618	417	352	3,661
大阪市	43	99	33	14	24	13	3	3	232
神戸市	252	357	252	279	964	541	522	426	3,593
広島市	245	320	197	188	657	421	380	315	2,723
北九州市	276	340	284	228	1,191	508	591	430	3,848
福岡市	291	366	250	343	1,129	569	525	485	3,958
	21,152	28,885	22,529	26,336	87,778	47,720	48,002	50,601	333,003

資料：精神保健福祉課調査（平成12年6月30日現在）

（注）：政令指定都市は別掲

⑥ 入院患者の状況調査

疾病別 患者数

病名	人数	構成割合(%)
合計	232,193	100.0
アルツハイマー病の痴呆	11,729	5.1
血管性痴呆	15,894	6.8
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	10,146	4.4
アルコール使用による精神および行動の障害	11,047	4.8
覚醒剤使用による精神および行動の障害	615	0.3
上記以外の精神作用物質使用による精神および行動の障害	559	0.2
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	147,737	63.6
気分(感情)障害	13,233	5.7
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	3,619	1.6
生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	329	0.1
成人の人格および行動の異常	1,656	0.7
精神遅滞	8,353	3.6
心理的発達の障害	188	0.1
小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害	347	0.1
てんかん(症状性てんかんを除く)	4,219	1.8
その他	2,522	1.1

入院期間別 精神症状・能力障害別 患者数 (注)

入院期間	精神症状		3	4~6	計	
	1	2				
0~1年未満	1	3,103人 (5.2%)	9,457人 (15.8%)	5,087人 (8.5%)	32,322人 (54.2%)	59,718人 (100.0%)
	2					
	3	1,489人 (2.5%)		8,260人 (13.8%)		
	4~5					
0~3年未満	1	4,110人 (4.0%)	14,111人 (13.7%)	8,060人 (7.8%)	59,888人 (58.2%)	102,972人 (100.0%)
	2					
	3	2,505人 (2.4%)		14,298人 (13.9%)		
	4~5					
0~5年未満	1	4,725人 (3.7%)	16,718人 (13.2%)	9,731人 (7.7%)	74,796人 (59.1%)	126,641人 (100.0%)
	2					
	3	3,049人 (2.4%)		17,624人 (13.9%)		
	4~5					
5年以上	1	2,521人 (2.4%)	11,708人 (11.2%)	8,296人 (8.0%)	63,582人 (61.0%)	104,313人 (100.0%)
	2					
	3	2,147人 (2.1%)		16,059人 (15.4%)		
	4~5					
全体	1	7,269人 (3.1%)	28,511人 (12.3%)	18,065人 (7.8%)	138,566人 (59.9%)	231,360人 (100.0%)
	2					
	3	5,205人 (2.2%)		33,744人 (14.6%)		
	4~5					

資料：日本精神科病院協会「日精協マスタープラン調査」(平成14年12月10日速報)

(※) 回収状況

- ・日本精神科病院協会会員病院数 1,217病院
- ・回答数 994病院
- ・確認数 979病院

(注)：「精神症状(1~6)」及び「能力障害(1~5)」の定義については、(別紙)参照

(別紙)

日精協マスタープランにおける、「精神症状」及び「能力障害」について

○精神症状

1	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい滅裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6	活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

○能力障害

1	精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2	精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向

精神保健福祉対策本部中間報告

平成15年5月15日

○精神疾患を取り巻く状況の認識

精神疾患は、誰でも罹る可能性のある疾患であると同時に、適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定化させ、寛解又は治癒することも可能な疾患である。近年では、うつ、ストレス疾患、痴呆等精神医療の対象となる患者は増えており、精神疾患は、より一般的な病気となっている。また、代表的な精神疾患の一つである統合失調症も、放置すれば多くの場合に症状が悪化、再発するが、一方、継続的に治療を行うことにより長期的に症状の安定を図ることが可能であることは、糖尿病等の慢性疾患と同様である。

従って、精神疾患を発症した者についても、早期に適切な対応を行うことにより、当事者は地域において社会生活を継続することが可能であり、また、症状が悪化し入院が必要な状態になっても、手厚い急性期治療を行うことにより、多くは早期の退院を見込むことができる。たとえ10年、20年を超える長期入院を余儀なくされていた場合であっても、適切な社会生活訓練等のリハビリテーションや退院支援、退院後の居住先の確保及び地域生活支援により、社会生活が可能となる場合もある。

こうした入院予防、早期退院、社会復帰の可能性の拡大は、近年の薬物治療の進歩、リハビリテーション等の治療技術の向上に負うところが大きく、精神病床においても、できるだけ早期に地域生活を可能とするようその機能を明確化し、例えば急性期集中治療、積極的リハビリテーション治療、専門治療の提供等の機能分化を図る必要がある。このことは当事者が可能な限り地域で生活できる途を広げていくことを可能とする。一方、当事者が地域において安心かつ安定した社会生活を送るためには、地域ケア体制の整備とともに、住居を確保し、働く場を提供し、地域生活を支援する体制を整えることが不可欠である。欧米諸国においては、こうした精神医療の改革や地域の支援体制の整備を進めた結果、入院医療中心から地域生活中心へと変わってきたが、我が国においては、制度のあり方も含めてこのような流れに未だ十分対応できていない。

こうした認識に立ち、世界的趨勢を踏まえて、わが国の精神保健福祉対策の各分野について、改革に向けた具体的施策の方向を提案する。(別添1及び2)

○ 基本的方向と重点施策

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書において示された「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を押し進めていくために、精神障害者が可能な限り地域において生活することができるよう、必要な保健医療福祉サービスの資源を確保し、適切に配分していく必要がある。そのための重点施策として、次の事項について優先的に取り組む。

1. 普及啓発

精神疾患は誰でも罹りうる疾患であり、又、適切な治療により症状の安定化を図ることが可能な疾患であるが、一般にこうした認識が充分とは言えず、「精神障害者」ということを理由に偏見を持たれ、そのために社会的な差別を受けることが少なくない。精神障害者に対する無理解、誤った認識を改めるべく積極的な普及啓発活動を行うため、あらゆる機会を通じて精神疾患及び精神障害者に対する理解の促進を図るとともに、当事者参加活動の機会を増やす。

- ① 普及啓発指針の策定
- ② 国民の理解を深めるイベント活動、広報の実施
- ③ 当事者主体の活動の支援
- ④ 政策決定への当事者の関与の推進
- ⑤ 家族への啓発、家族の支援
- ⑥ 精神保健事業への住民の参加

医療・福祉関係者、当事者のみならず、教育関係者、経済界、マスコミ関係者等の参加を求め、広範な媒体を利用した普及活動を平成 15 年度より推進する。

2. 精神医療改革

ア. 精神病床の機能強化について

急性期の入院治療の充実及び専門病床の整備等を進めることにより、入院医療の質を向上させる。

- ① 入院治療の充実を図るため、病床の機能分化のあり方を検討するとともに、人員配置基準の見直しと診療報酬上の評価のあり方を検討
- ② アルコール、薬物等の専門病床のあり方を検討するとともに、これを整備する方策を検討
- ③ うつ、ストレス疾患、精神科的治療を要する痴呆の治療のあり方を検討

- ④ 高度な治療を要する急性期患者、重度患者等、病状に適した治療体制を検討
- ⑤ 長期入院患者の退院や新たな長期入院者の発生防止を図るための集中的リハビリテーションの実施体制を検討
- ⑥ 看護教育の充実等により看護職員の資質の向上を図るとともに、チーム医療を推進

イ. 地域ケアの充実について

地域生活への移行及び地域生活を支える地域ケアを行う体制整備を進める。また、緊急時に24時間対応できる救急体制を整える。この際、身近な地域で適切な精神科医療が受けられるよう精神科診療所も活用する。さらに、地域ケアの充実を図るため、診療報酬上の評価のあり方についても検討する。

- ① 地域医療及び各種生活支援を含めた包括的地域生活支援プログラム(ACT事業)のモデル事業の実施を検討
- ② 精神科救急医療体制の全国的整備
- ③ 精神科訪問看護の充実

ウ. 精神病床数について

近年精神病床入院患者は自然減しているが、さらに急性期治療の充実による入院期間短縮、退院促進、地域ケアの充実による入院の予防等を進めることにより、入院患者の減少が促進されることとなる。精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため、人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。

- ① 医療計画の見直しに反映させるため、病床のあり方を検討
- ② 病床機能及び病床数見直しに向けた医療機関によるアクション・プログラムの作成、実行を促進する助成措置や診療報酬による対応の検討

3. 地域生活の支援

ア. 住居について

地域における居住先の確保を支援する。

- ① 公営住宅、民間住宅における精神障害者の入居支援策の検討
- ② グループホーム及び福祉ホーム等の充実の検討
 - ・ 新障害者プランの着実な実行を図り、必要に応じ見直しも検討
 - ・ 付加的サービスの提供を含めた質の向上
- ③ 居宅生活を支援するホームヘルプサービス等の充実の検討

イ. 雇用について

精神障害者の雇用支援を進めるとともに、雇用の機会を増やしていく。

- ① 採用後精神障害者、短時間労働精神障害者も含めた納付金制度に基づく助成金の効果的な活用
- ② 障害者就業・生活支援センターによる相談支援機能の充実
- ③ 障害者雇用促進法における雇用率の検討

ウ. 気軽な相談機関や仲間・生き甲斐づくりについて

地域の相談支援機関の充実及び当事者同士の相談活動等を通じた支えあいの場を設ける。

- ① 地域生活支援センターにおいて個々の精神障害者のための各種地域支援サービスプログラムの提供等の機能充実を検討
- ② ピアサポート（当事者自身による相談活動）、クラブハウス等の当事者活動や作業所活動等の支援

上記の住居、雇用等地域における生活の場の確保、地域ケア、在宅福祉サービス、相談事業等地域生活を支える多様なプログラムを、個々の当事者の意向を踏まえつつ総合的に調整する仕組みを検討。

なお、平成15年度からは「退院促進支援事業」（地域生活支援センターを拠点とし、個々の入院患者の地域生活移行に必要な各種サービスプログラムを作成）を実施することとしている。

4. 「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策

上記各施策の推進と併せ、「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の早期退院、社会復帰の実現を図る。このため、「退院促進支援事業」の全国への拡充を検討する。退院後の受け皿については、新障害者プランを着実に実施し、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設を確保するとともに、在宅生活者についてはホームヘルプサービス等の充実による支援を行う。これにより入院患者の減少が促進されることにあわせ、精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため、人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。なお、これらについては、現在実施中の精神障害者ニーズ調査の結果及び今後の退院の状況を踏まえて必要に応じ見直しも検討する。精神病床の機能分化と地域精神医療及び福祉の確保、病院と地域との中間的な機能を有する社会復帰施設の体系的整備の検討など、社会復帰促進策を計画的に進めることとする。

5. 具体的検討の進め方について

平成 15 年度より以下の検討会を開催し、それぞれの課題に対応する。(別添 3)

- 普及啓発に関しては、普及啓発指針検討会(仮称)において指針策定
- 病床の機能分化及び病床数の見直し等精神医療の改革については、精神病床等検討会(仮称)において検討
- 地域ケアの充実、社会復帰施設の体系的整備、グループホーム等の充実、地域生活支援センターの機能等に関しては、在宅福祉・地域ケア体制等検討会(仮称)において検討

別添1

当事者を支える各種対策

障害者雇用に対する助成金の対象拡大

公営住宅等の活用

<緊急時支援>

<日常生活支援>

- ・地域生活支援センター機能強化
- ・ピアサポートの支援等

救急医療体制の全国整備

生き甲斐・仲間づくり

就労支援

住まいの確保支援

グループホーム・福祉ホーム等の充実

入院医療

気軽な相談支援

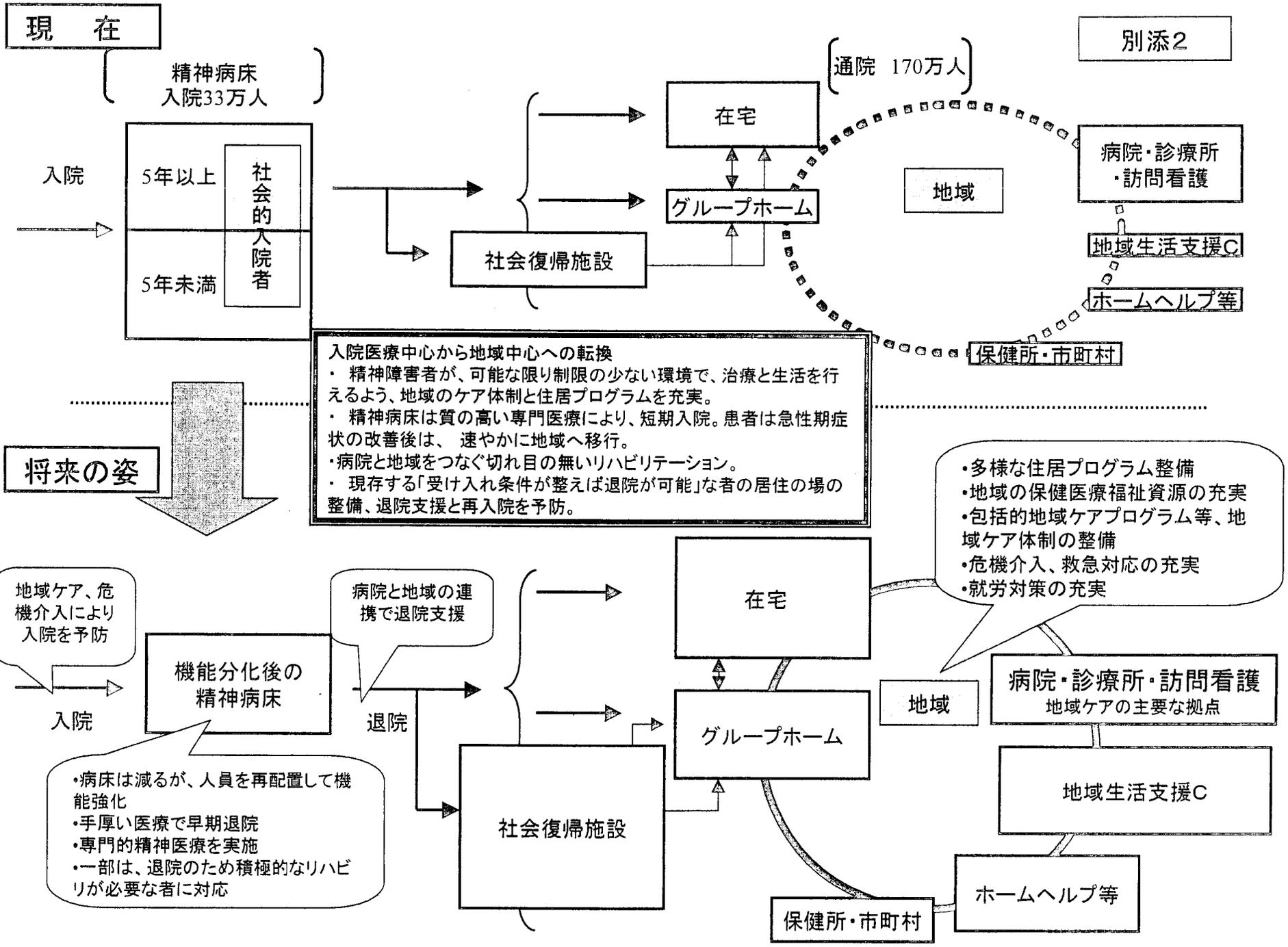
在宅・施設サービス

(連携)

地域医療

- ・病床の機能分化・強化
- ・病床の減少

- ・地域生活支援センターを拠点とした退院促進支援事業(ケアマネ手法)
- ・包括的地域生活支援プログラム(ACT事業)の試行的導入



現在

精神病床
入院33万人

入院

5年以上

社会的
入院者

5年未満

（通院 170万人）

在宅

グループホーム

社会復帰施設

地域

別添2

病院・診療所
・訪問看護

地域生活支援C

ホームヘルプ等

保健所・市町村

将来の姿

入院医療中心から地域中心への転換

- ・ 精神障害者が、可能な限り制限の少ない環境で、治療と生活を行えるよう、地域のケア体制と住居プログラムを充実。
- ・ 精神病床は質の高い専門医療により、短期入院。患者は急性期症状の改善後は、速やかに地域へ移行。
- ・ 病院と地域をつなぐ切れ目の無いリハビリテーション。
- ・ 現存する「受け入れ条件が整えば退院が可能」な者の居住の場の整備、退院支援と再入院を予防。

- ・ 多様な住居プログラム整備
- ・ 地域の保健医療福祉資源の充実
- ・ 包括的地域ケアプログラム等、地域ケア体制の整備
- ・ 危機介入、救急対応の充実
- ・ 就労対策の充実

地域ケア、危機介入により入院を予防

入院

機能分化後の精神病床

病院と地域の連携で退院支援

退院

在宅

グループホーム

社会復帰施設

地域

病院・診療所・訪問看護
地域ケアの主要な拠点

地域生活支援C

- ・ 病床は減るが、人員を再配置して機能強化
- ・ 手厚い医療で早期退院
- ・ 専門的精神医療を実施
- ・ 一部は、退院のため積極的なリハビリが必要な者に対応

保健所・市町村

ホームヘルプ等

精神保健福祉の改革の段取り

