

精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）

精神保健福祉対策本部

平成16年9月

精神保健福祉対策本部中間報告に基づき設置された3検討会の結論を踏まえ、精神保健医療福祉の改革ビジョンを提示する。今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる。

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。
- 全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

<受入条件が整えば退院可能な者の動態>

- ・ 1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上の入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。
- ・ 平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、うち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

① 国民意識の変革の達成目標

(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。

(考え方)

- 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

(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。

※ この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるように、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

(3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

- 国においては、今後10年間で5年ごとの第一期と第二期に区分し、第一期における改革の成果を評価しつつ、第二期における具体的な施策群を定める。
この場合、精神障害、身体障害、知的障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うものとする。
また、下記のように都道府県単位で定められた計画を基に、国としての全国レベルでの計画等を定め、計画的にサービス供給体制を整備する仕組みを導入する。
- 都道府県単位で(2)の達成目標を実現するため、地域実態を正確に把握し、行政と地域の専門家や当事者等が意見交換を行いつつ、医療と保健・福祉が連動した計画的な取り組みを進める。
- 医療分野では、都道府県ごとに、医療計画において(2)の達成目標を反映した精神病床に係る基準病床数を算定するとともに、その実現のための当該都道府県での具体的方策について数値目標を明示した計画の策定を促す。
- 保健・福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する。

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

① 精神疾患に関する国民意識の現状

② 施策の基本的方向

- 精神疾患に関する基本的な情報の提供を通じた主体的な理解を促進
- 精神疾患の正しい理解に基づく態度の変容や適切な行動を促進
- 訴求対象者に応じて地域単位の活動とメディアを通じた活動を推進

③ 当面（改革第一期）の重点施策群

- 「こころのバリアフリー宣言」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。
- 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。
- 検討会でとりまとめた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。
- 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。

(2) 精神医療体系の再編

① 精神医療の現状

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

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

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

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 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平成17年度から導入する。
- 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。
- 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検討した上で、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。
- 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、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。
- 精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばGAF30点以下程度を目安）に対して、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明確化する。
- 措置入院を受け入れる病院について、病棟の看護職員配置を3:1以上にする等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。
- 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を導入する。

(3) 地域生活支援体系の再編

① 地域生活支援体制の現状

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
- イ 重層的な相談支援体制の確立
- 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

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 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。
- 相談支援体制については、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層構造の体制を標準として、各主体の機能の強化や事業者の制度的位置付けを図る。
- 障害者の単身入居を推進するため、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体制を障害保健福祉圏域ごとに確保する。
- 精神障害者の雇用を促進するとともに、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する。
- 社会復帰施設ごとの努力・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。
- 市町村等が、ケアマネジメントを活用し総合的な「自立生活支援計画」を策定した上で、給付決定等がなされる仕組みとする。
(市町村等への必要な支援措置が必要不可欠)
- 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する。また、精神障害者保健福祉手帳の信頼性向上のため写真を貼付する。

(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

② 今後の基本的方向

- 病床や施設機能の再編状況等に応じた人材の確保、再教育・再配置
- 既存の精神保健福祉施策における医療・福祉双方の重点化・効率化
- 必要となる支援の内容やその費用を明示し、新規財源確保につき社会的合意を獲得

③ 当面の検討事項

- 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・再教育等の方策を検討する。
- 障害程度等の尺度の明確化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。
- 費用が急増している通院公費負担について、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。
- 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、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

精神保健福祉対策本部

平成16年9月

1	精神保健医療福祉改革の基本的考え方	1
(1)	基本方針	1
(2)	達成目標	1
①	国民意識変革の達成目標	2
②	精神保健医療福祉体系の再編の達成目標	2
(3)	国、都道府県、市町村における計画的な取り組み	2
2	改革の基本的方向と国の重点施策群	4
(1)	国民意識の変革	4
①	精神疾患に関する国民意識の現状	4
②	施策の基本的方向	4
③	当面の重点施策群	4
(2)	精神医療体系の再編	5
①	精神医療の現状	5
②	施策の基本的方向	5
ア	精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し	5
イ	精神病床の機能分化と地域医療体制の整備	5
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	5
③	当面の重点施策群	6
ア	精神病床に係る基準病床数の算定式等の見直し	6
イ	患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進	6
ウ	地域医療体制の整備	6
エ	入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保	7
オ	患者への情報提供と精神医療の透明性の向上	7
(3)	地域生活支援体系の再編	8
①	地域生活支援体制の現状	8
②	施策の基本的方向	8
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	8
イ	重層的な相談支援体制の確立	8
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	9
③	当面の重点施策群	9
ア	障害程度等の尺度の明確化	9
イ	住居支援体制の強化	9
ウ	雇用の促進	9
エ	就労支援・活動支援体制の強化	10
オ	居宅生活支援体制の充実	10
カ	社会復帰施設の機能評価と報酬体系の見直し	11
キ	社会復帰意欲を促す相談支援体制の整備	11
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	12
(4)	精神保健医療福祉施策の基盤強化	12
①	人材・財源配分の現状	12
②	今後の基本的方向	13
③	当面の検討事項	13

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部

平成16年9月

精神保健医療福祉の見直しについては、昨年5月に本対策本部において取りまとめた「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（中間報告）に沿って、今後優先的に取り組むべき課題として掲げられた「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関し、それぞれ検討会を設置してその具体的な在り方について議論を深めてきた。

今般、これらの検討会における報告書が取りまとめられたことを踏まえ、また、その他の障害者施策に関する研究会等における議論も勘案しつつ、本対策本部として、精神保健医療福祉の見直しに係る今後の具体的な方向性を明らかにするため、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定する。

今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげるものである。

※ 対策本部中間報告に基づく3検討会の取りまとめ

「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（平成16年3月）

「精神病床等に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方針を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深めるよう意識の変革に取り組むとともに、地域間格差の解消を図りつつ、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。

なお、受入条件が整えば退院可能な者約7万人については、全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしており、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図るものである。

※ 受入条件が整えば退院可能な者は、1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。また、平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、このうち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。（別紙1, 2）

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

① 国民意識変革の達成目標

(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。

※ 「誰でも精神障害者になる可能性がある」という質問に対し、「そう思う」と回答した者の割合は、平成9年時点で51.8%（全家連調べ）。（別紙3）

(考え方)

- 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

(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 平均残存率、退院率の意味、現状については、別紙4、5の通り。

※2 既に現時点で目標を達成している都道府県は、少なくとも現在の水準を維持。

※3 この目標の達成により、別紙6の通り約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

(3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

- 国においては、今後10年間で5年ごとの第一期と第二期に区分し、第一期における改革の成果を評価しつつ、第二期における具体的な施策群を定める。この場合、精神障害、身体障害、知的障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うものとする。
また、下記のように都道府県単位で定められた計画を基に、国としての全国レベルでの計画等を定め、計画的にサービス供給体制を整備する仕組みを導入する。
- 都道府県単位で(2)の達成目標を実現するため、地域実態を正確に把握し、行政と地域の専門家や当事者等が意見交換を行いつつ、医療と保健・福祉が連動した計画的な取り組みを進める。
- 医療分野では、都道府県ごとに、医療計画において(2)の達成目標を反映した精神病床に係る基準病床数を算定するとともに、その実現のための当該都道府県での具体的方策について数値目標を明示した計画の策定を促す。

- 保健・福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する。

<都道府県単位での平均残存率の改善の手法>

急性期等の医療の充実等を図ることにより、直接的に早期退院を実現するとともに、新規の長期入院患者の発生をできる限り防止する。

- ア 病床の機能分化（強化）等
- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の病床の確保
 - ・ 救急医療体制の強化等、都道府県単位での分化の促進
 - ・ 各病院における急性期等への人員の再配置
- イ 入院形態別の退院促進
- ・ 措置入院等を受け入れる病院の人員配置の向上
 - ・ 都道府県における実地検査等の充実

<都道府県単位での退院率の改善の手法>

社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実により、長期入院患者の退院を促す。

- ア 病床の機能分化（強化）等
- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の病床の確保
- イ 地域における体制づくり
- ・ 再編後の住・生活・活動等の支援体制の充実
 - ・ 各病院における精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への人員の再配置

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

① 精神疾患に関する国民意識の現状

国民の間で、精神疾患に関する基本的な認識はいまだ十分ではない。同じ精神疾患でも痴呆症に関しては、自分もいつなるかわからないという認識を多くの人を持っている一方、統合失調症や気分障害などの精神疾患に関しては、多くの人の方が自分は無縁だと考えているのが実情である。また、一部の国民の間には精神障害者は危険であるという漠然とした誤った認識がある。

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。

○ 精神疾患に関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

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

○ 「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。

○ 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。

○ 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。

○ 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。

(2) 精神医療体系の再編

① 精神医療の現状

- 精神病床数を国際間で比較すると、各国における精神病床の定義の違いを考慮する必要があるが、諸外国が一様にここ数十年間で病床削減・地域生活支援体制強化等の施策を通じて人口当たりの病床数が減少していることに対し、我が国では関係施策が必ずしも十分でなかったことから、病床数は概ね横ばいで推移している。
- 人口当たりの精神障害者数と精神病床数の関係については、障害者数に比べて病床数が少ない地域や多い地域があるなど、都道府県間の格差が見られる。この病床数の地域間格差は、もっぱら長期入院患者数の格差により生じているが、新規入院患者の残存率についても、地域間で2～3倍程度の格差がある。また、措置入院等についても、大きな地域間格差が生じている。
- 退院患者の退所先については、入院期間1年未満で退院した者の約8割が家庭に復帰しているのに対し、1年以上で退院した者は、家庭復帰と他の病院への転院が平均してそれぞれ3割強となるなど、現状では入院後1年までという期間が、社会復帰を促進する一つの重要なポイントとなっている。

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

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式等の見直し

- 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。

イ 患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

ウ 地域医療体制の整備

- 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。
- 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。
- 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。

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。
- 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、精神病床の数が多いため、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

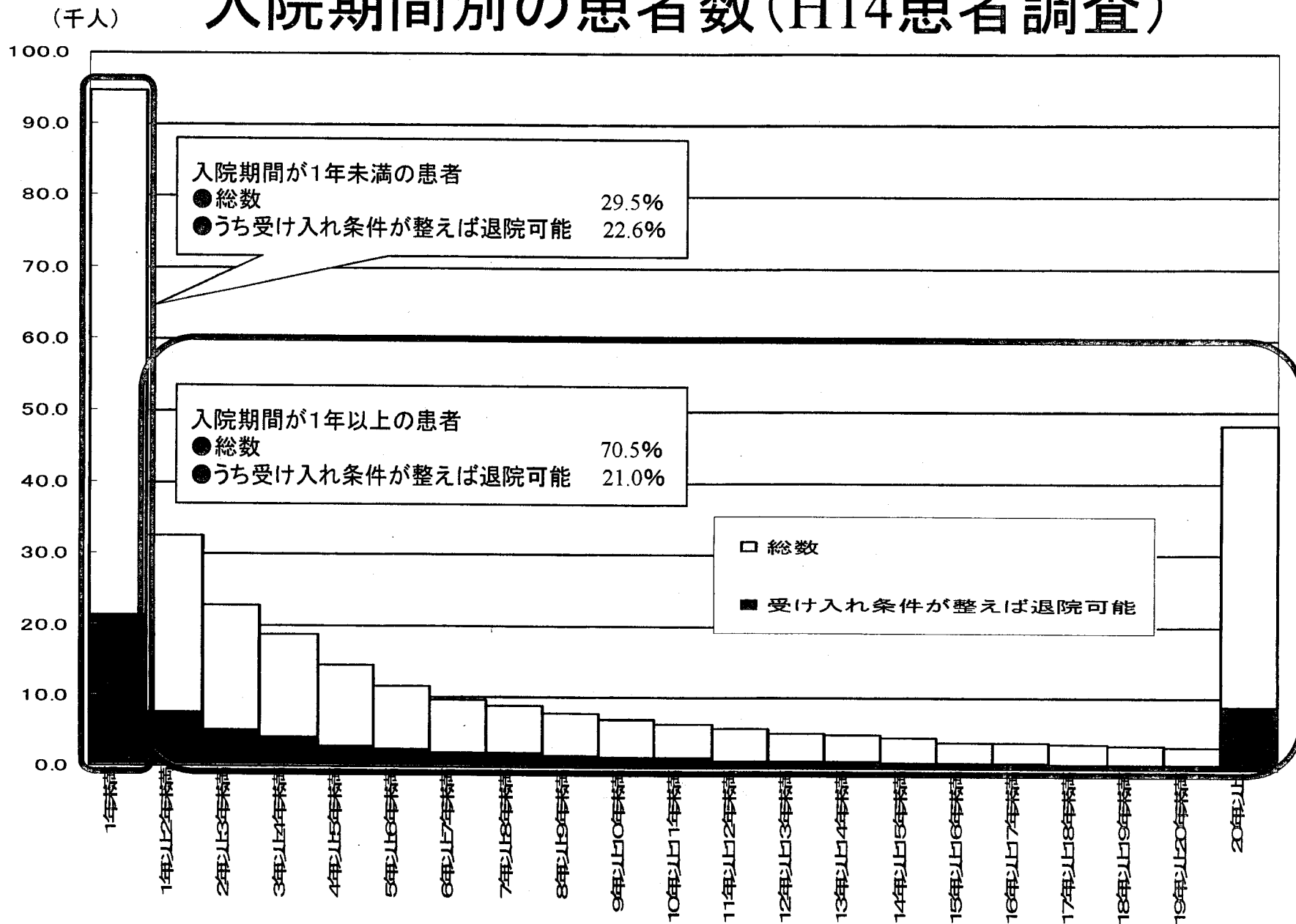
- 病床や施設機能の再編、相談支援体制の確立の進捗状況等に応じ、既存の人材の再教育・再配置、新規の人材確保を行う仕組みを具体化する。
- 既存の精神保健福祉施策において医療・福祉双方で重点化・効率化を行いつつ、どのような支援が障害者には必要で、そのためにはどれくらいの費用が必要なのかなど、国民が納得し得るものを示しながら、新規財源の確保について社会的な合意を得る取り組みを進める。

③ 当面の検討事項

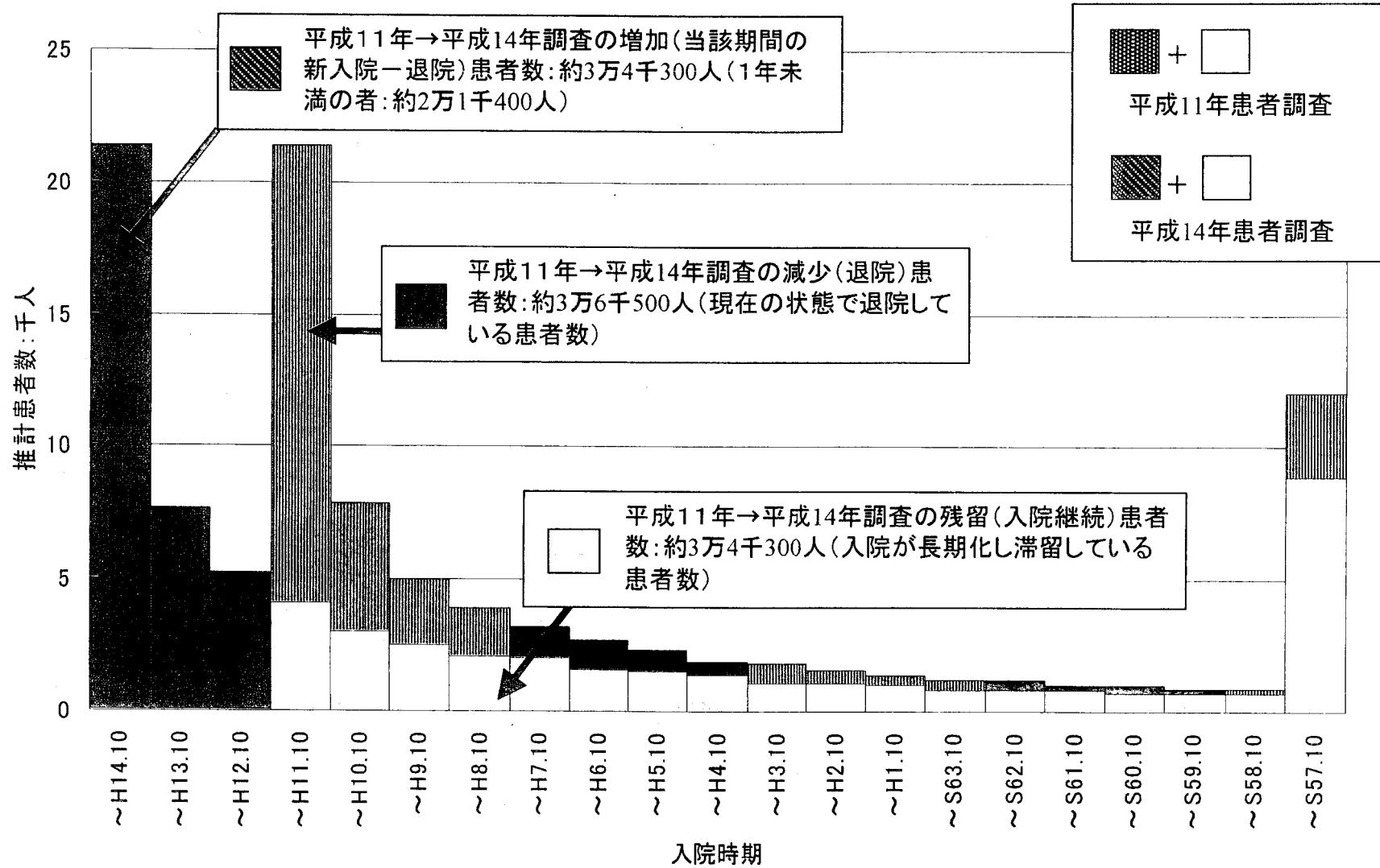
- 本改革の一環として行う都道府県単位の計画策定や病床機能分化の進捗状況を踏まえつつ、必要な人員の将来見通し等を行い、その育成・再教育等の方策について検討する。
- 障害程度等の尺度の明確化、障害者のライフステージや障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を通じて、国民が納得し得るような障害程度別の必要な費用額について検討する。
- その費用が急増している通院公費負担については、次のような点を踏まえつつ、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、必要な対応について検討し早急に結論を得る。
 - ・ 生活習慣病と同様に誰でも罹りうる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

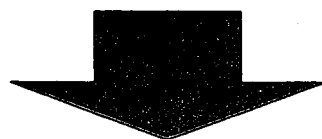
(別紙3)

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)

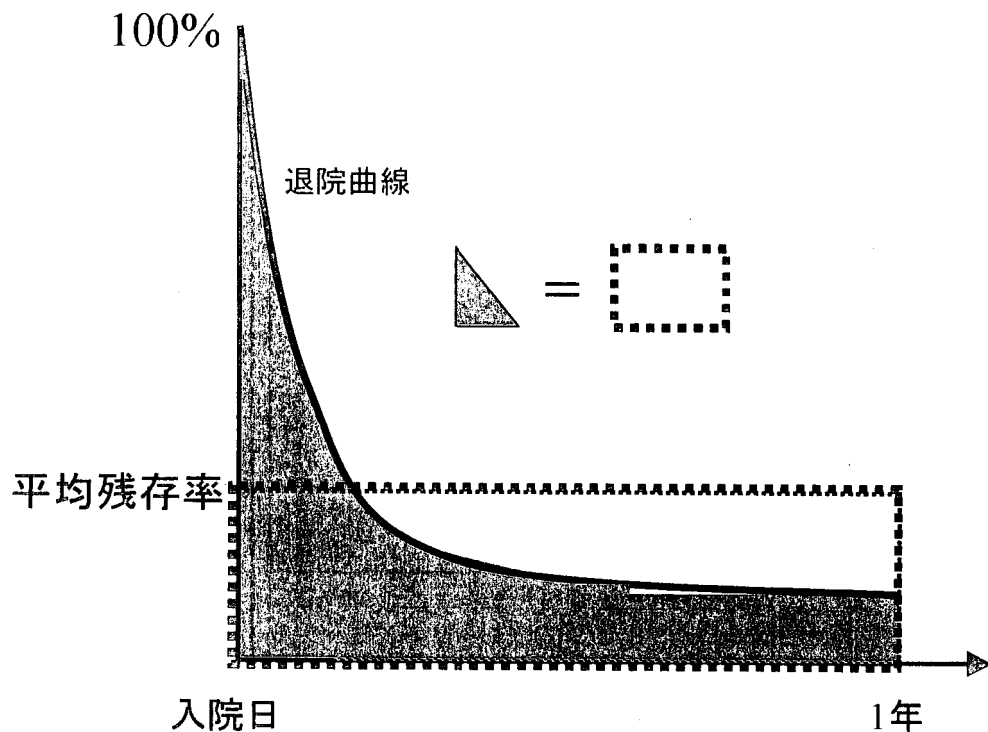


達成目標

「誰でも精神障害者になる可能性がある」の割合 → 90%

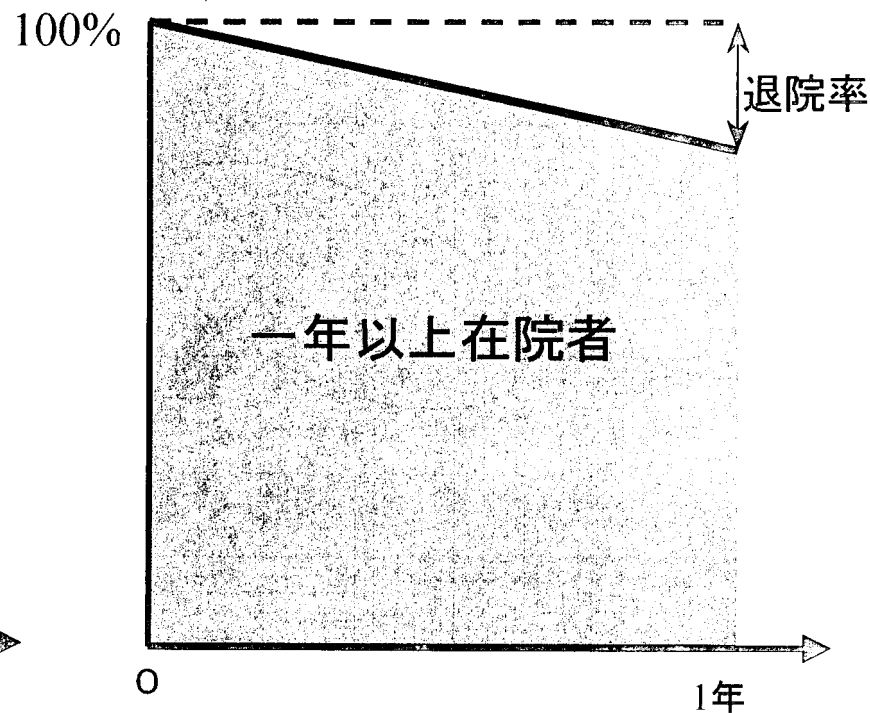
97年時点で「どちらとも言えない」と回答した層について正しい理解を得ることに加え、「そう思わない」と回答した層に対しても一定の成果を得る。

平均残存率(一年未満群)



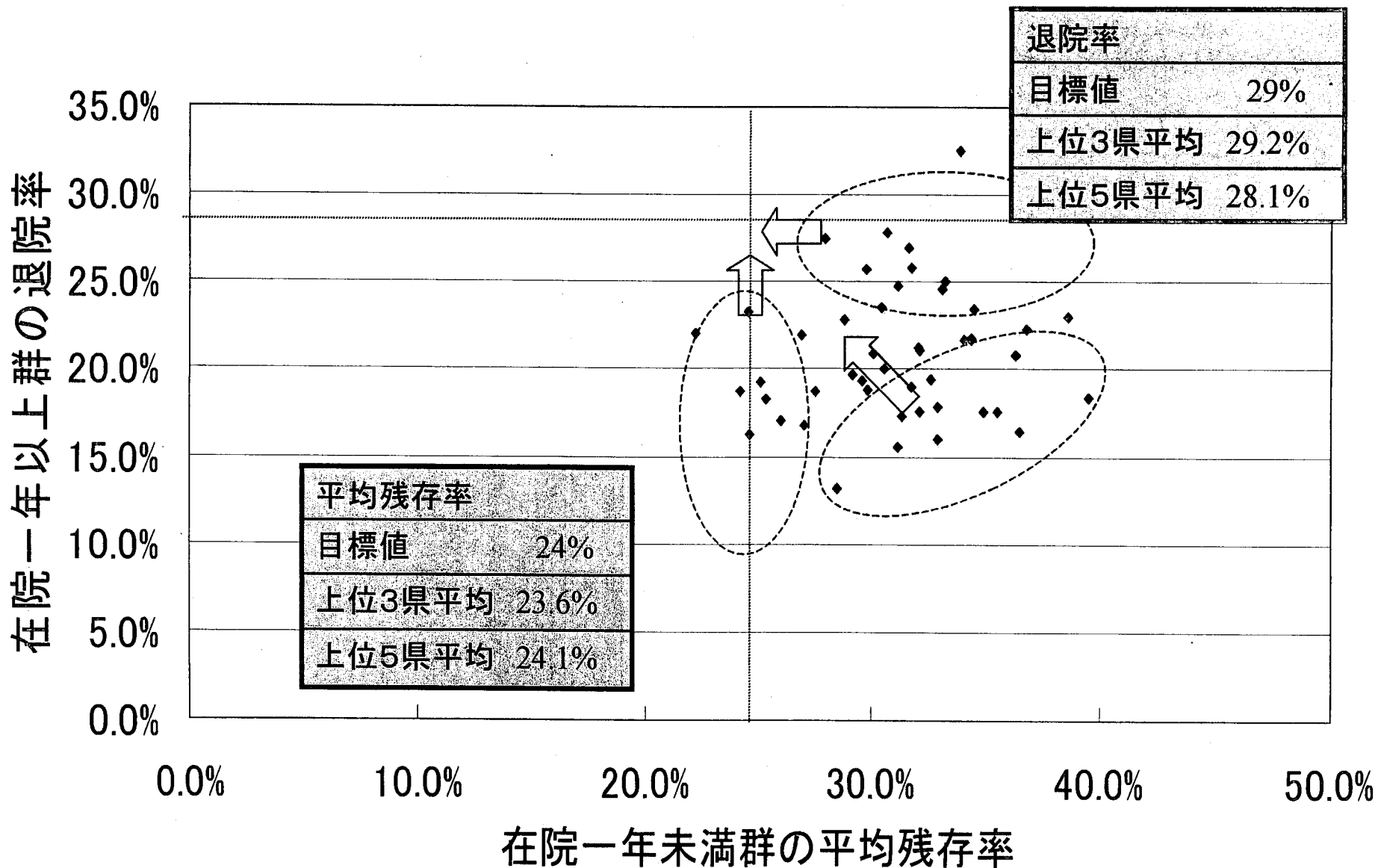
1年以内の退院(残存)曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの。
平均残存率に毎年新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

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。

指針の趣旨を踏まえた各主体別の取組の方向性

1 当事者・当事者家族

実施主体	対象者	ポイント
当事者・当事者家族	当事者・当事者家族	・精神疾患等について正しい情報を入手し、理解を深めた上で、自ら精神疾患に対して適切に対応できるようにすること
	地域住民	・当事者等が主体となって、様々な地域活動と連携し、障害別を超えた情報発信の中心となる取組を推進すること

2 保健医療福祉関係者、地域活動関係者

実施主体	対象者	ポイント
保健医療福祉関係者	保健医療福祉関係者	・精神障害者に関わる専門職の再教育や、専門職どうしが自らの資質を高め合い、連携しあうこと
	地域住民	・特に、精神障害者に関わる施設や事業者が周辺住民に対して積極的に情報発信を進めること
地域活動関係者(民生委員、ボランティア等)	地域住民	・住民の身近な相談相手として、地域社会の先導役となる地域活動関係者自身が、当事者とのふれあい等を通じて精神疾患等について正しく理解し、それを地域住民に広げていくこと。

3 雇用や教育の関係者

実施主体	対象者	ポイント
雇用の関係者	管理監督者	・管理監督者自身が精神疾患等を正しく理解し、雇用者の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応できること ・精神障害者が雇用され、働く意欲が高まるような環境づくりを行うこと
	雇用者	・精神疾患等について自らの問題として正しく理解し、ストレスコントロールを行うなど、適切に対応すること
教育の関係者	教職員	・教職員自身が精神疾患等を正しく理解し、児童・生徒の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応すること
	児童・生徒	・心の健康に関する適切な情報提供の際には児童・生徒の発達段階を考慮すること

4 行政、メディア関係者

実施主体	対象者	ポイント
行政	行政職員	・一般職員及び専門職員ともに精神疾患等について正しく理解し、その知識・技術を日常業務で積極的に活用すること
	地域住民	・当事者とのふれあい等を通じて、精神疾患等について理解を深める機会を積極的に増やすこと
メディア	メディア	・マスコミ関係者の理解や共感を醸成することにより、普及活動効果を高めること
	国民	・メディア自体が主体的に普及啓発をすること(様々な実施主体が行うメディアを介した普及啓発も重要)

新しい算定式

(別紙9)

(計算式)

基準病床数 = (一年未満群) + (一年以上群) + (加算部分)

・一年未満群 = $(\sum AB + C - D) \times F / E1$

※A: 各歳別人口(将来推計、4区分)

B: 各歳別新規入院率(実績、4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値)

・一年以上群 = $[\sum G(1-H) + I - J] / E2$

※G: 各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分)

I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

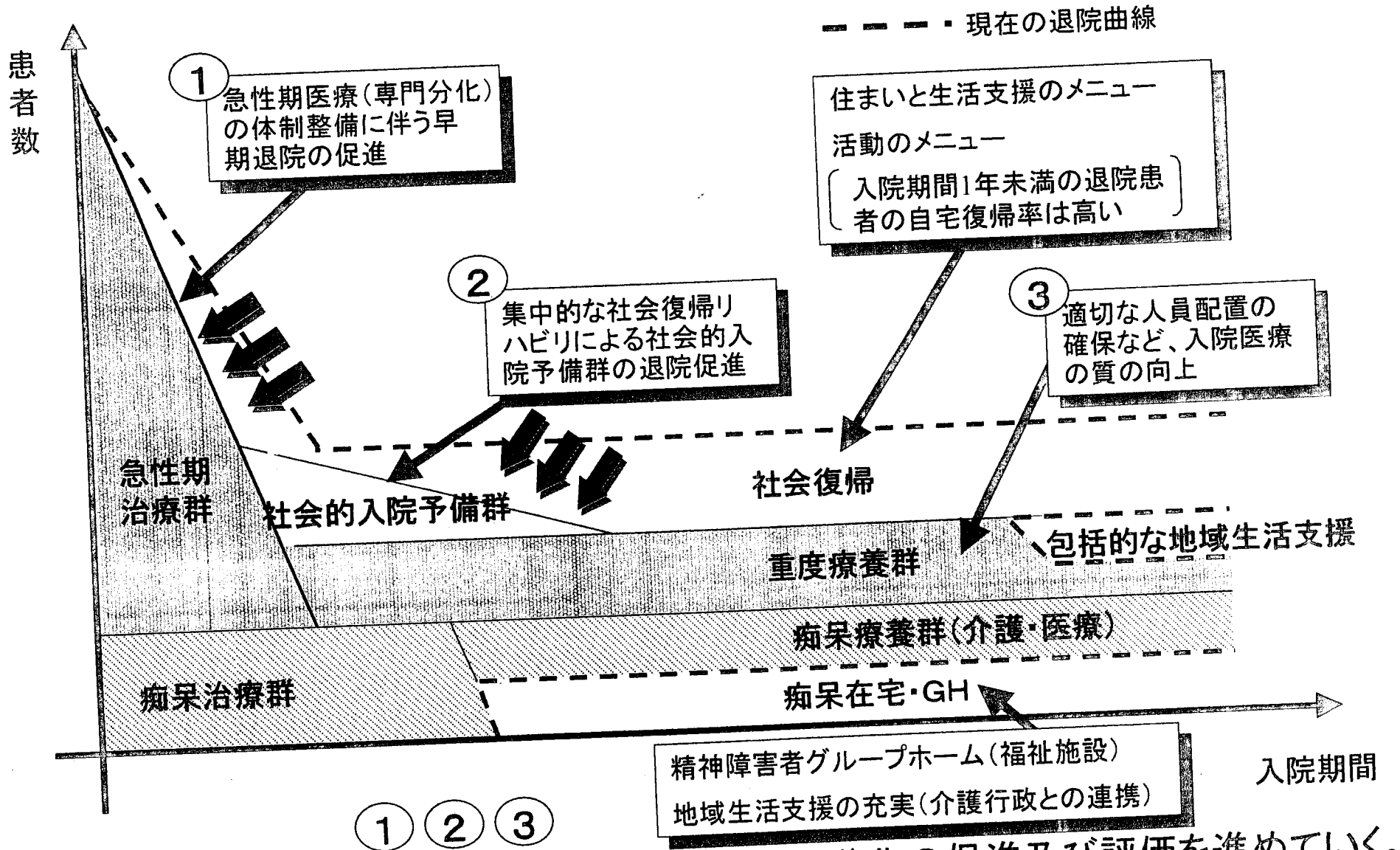
・加算部分 $\leq (D / E) / 3$

※現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数)が $\sum AB$ より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

・数値 : 都道府県ごとの数値を用いる。

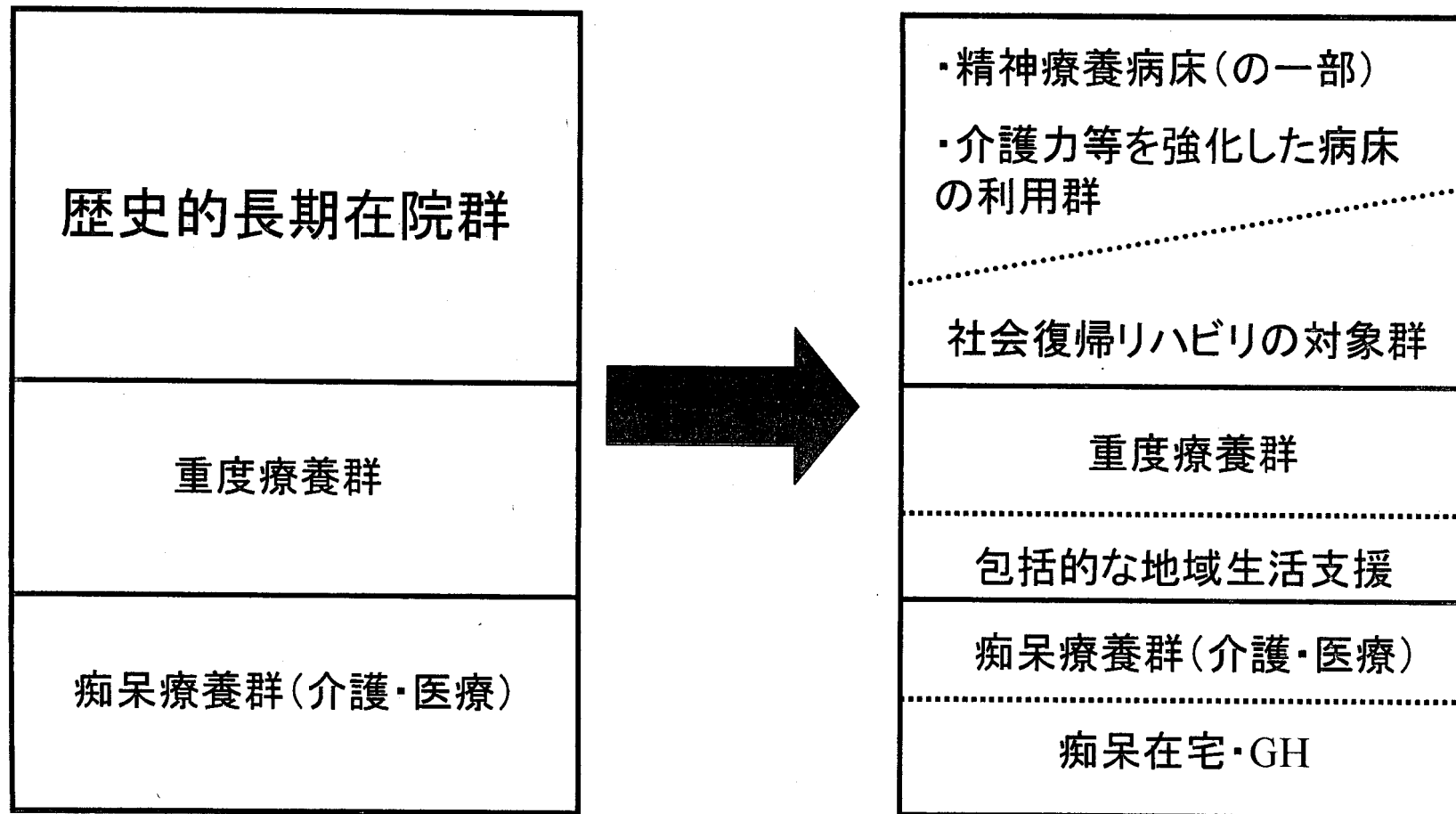
- 今後5年間の平均残存率等の目標値については、都道府県ごとに定められる10年後の達成目標と当該都道府県の現状値の中間値を基本とする。
- 次のいずれの条件も満たす都道府県については、達成目標に加え、長期入院者退院促進目標数(全国平均と当該県の数値との差の一定割合)を設定する。
 - ①人口当たり一年以上入院患者数が全国平均を10%以上上回る都道府県
 - ②退院率(一年以上群)が全国平均を10%以上下回る都道府県

病床の機能分化のイメージ



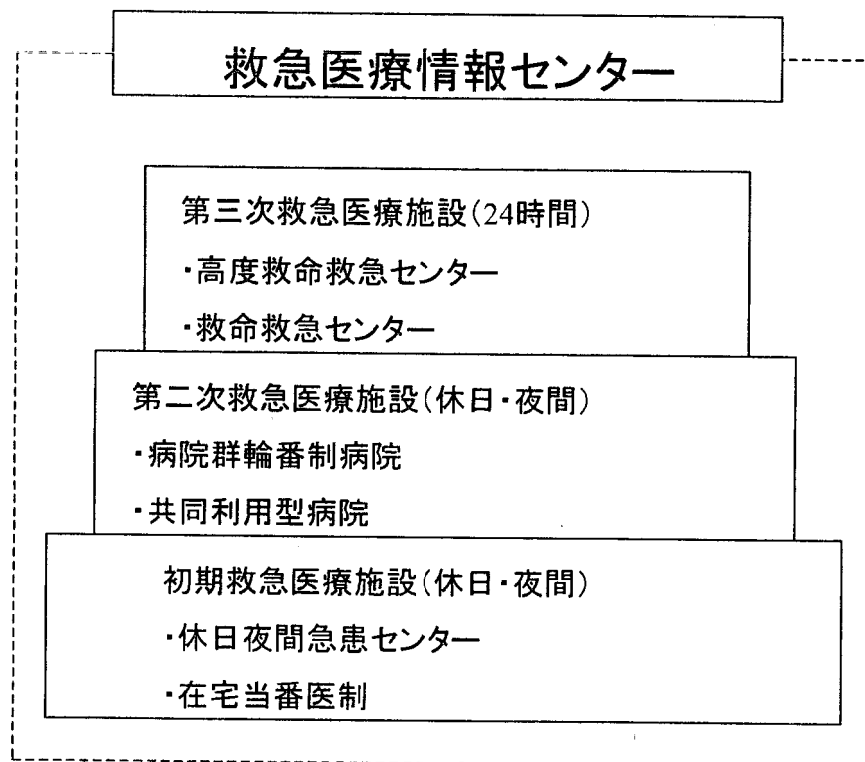
① ② ③ は、病棟・ユニット単位で分化の促進及び評価を進めていく。

現在の長期入院群の将来イメージ

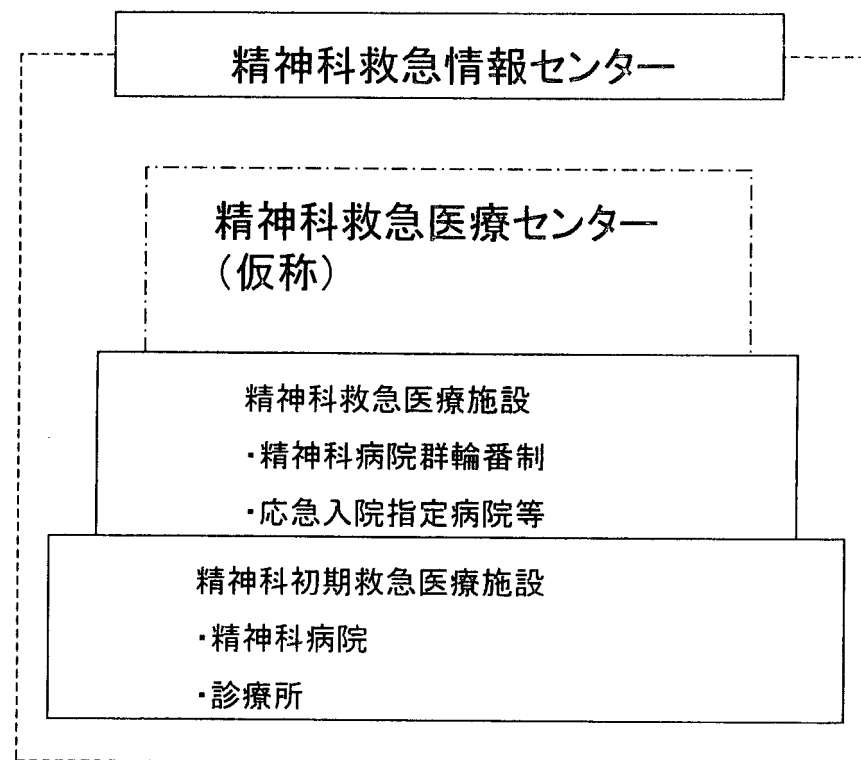


救急医療システムの考え方(案) (別紙12)

一般救急(既存)

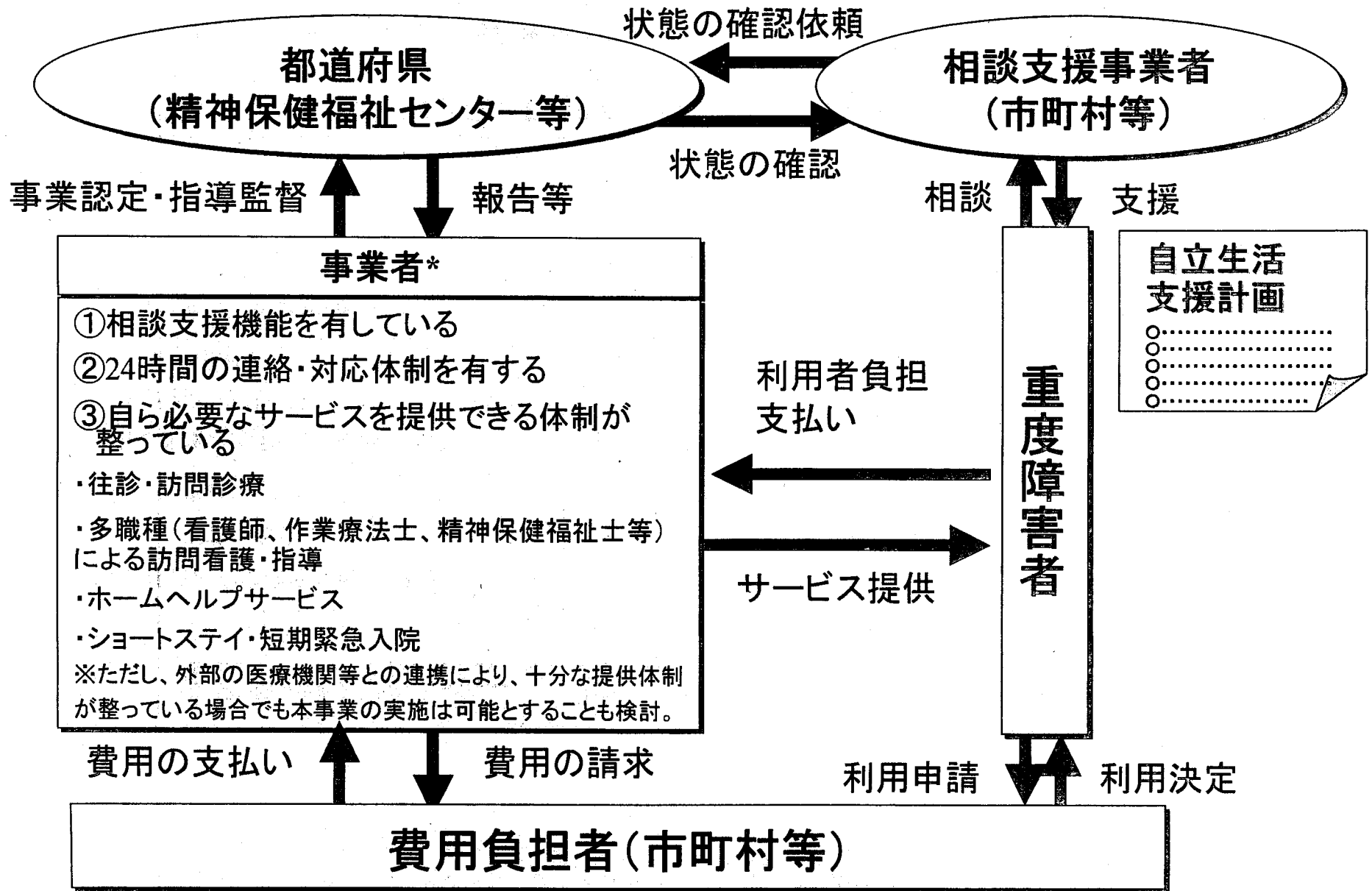


精神科救急(案)



- 急性期については、現在の仕組みを基本としつつ、入院直後の機能の向上、ユニット制の導入等について検討する。
- 社会復帰リハについては、その患者像を明確にしつつ、1年以内を目途に地域ケアに円滑に移行できることを目指し、精神保健福祉士や看護師等が、患者の社会復帰意欲を高めつつ、病院外の地域資源（医療的支援、福祉的支援、当事者同士の支え合い等）を活用する仕組みを基本とする。
- 重度療養については、その患者像を明確にしつつ専門的な入院医療を行える体制を確保する。

包括的に地域生活を支える仕組み (別紙13)



*相談支援事業者が本事業を実施することも想定。

措置入院患者を受け入れる病院の基準(案)

- 措置入院を受け入れる病院としての基準
常勤の精神保健指定医が二名以上
病院規模・病床数は不問
- 措置入院患者を適切に治療できる病棟の基準
3:1以上の看護職員配置
- 治療や処遇の質を担保するための基準
行動制限最小化委員会の設置
- その他

実地指導に基づく改善計画の公表の仕組み(案)

(現行:精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十八条の七)

現行

都道府県による実地指導

入院患者の処遇
が基準に合致しない、
または不適當

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限するよう命令

案

都道府県による実地指導

入院患者の処遇
が基準に合致しない、
または不適當

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処遇の改善のために必要な措置」を命令

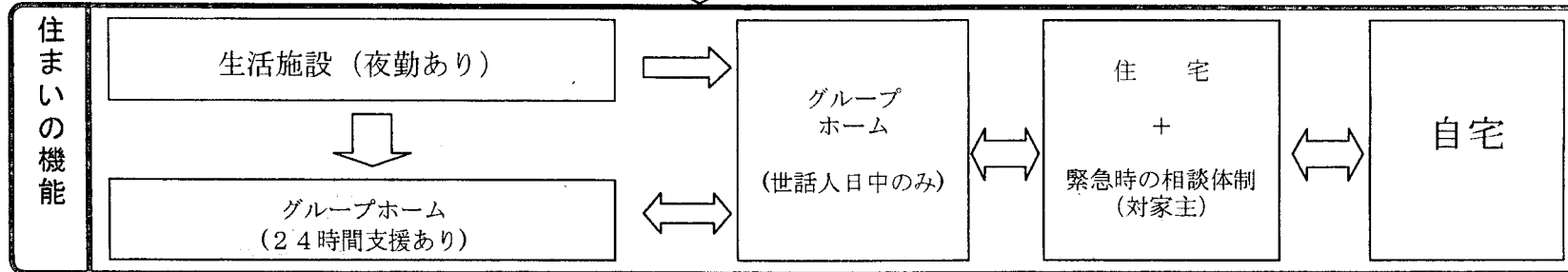
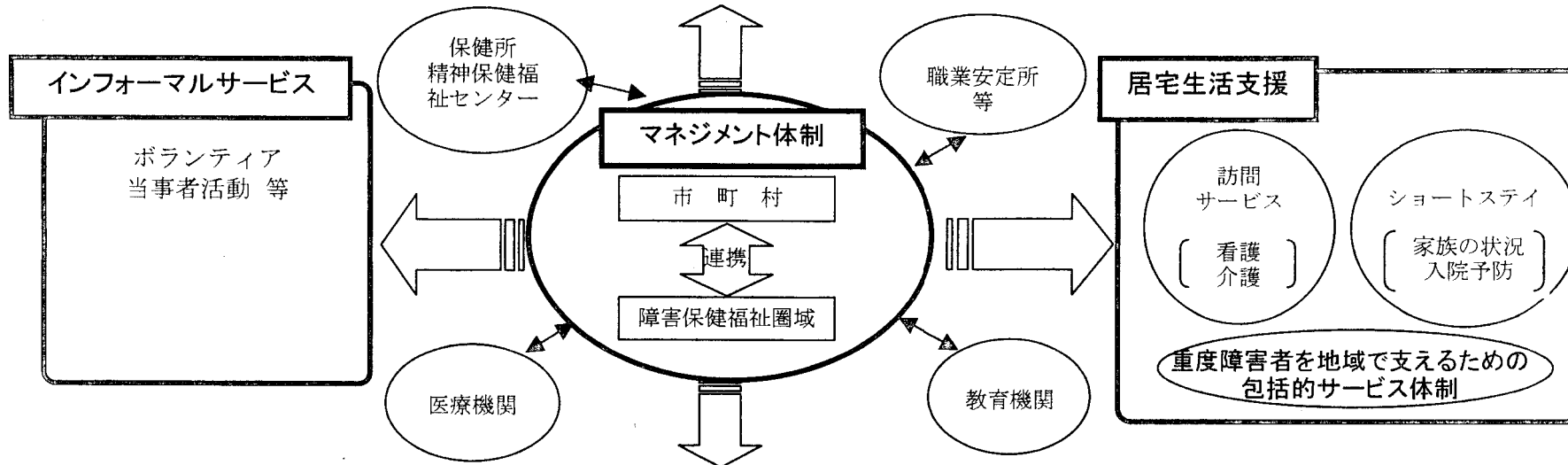
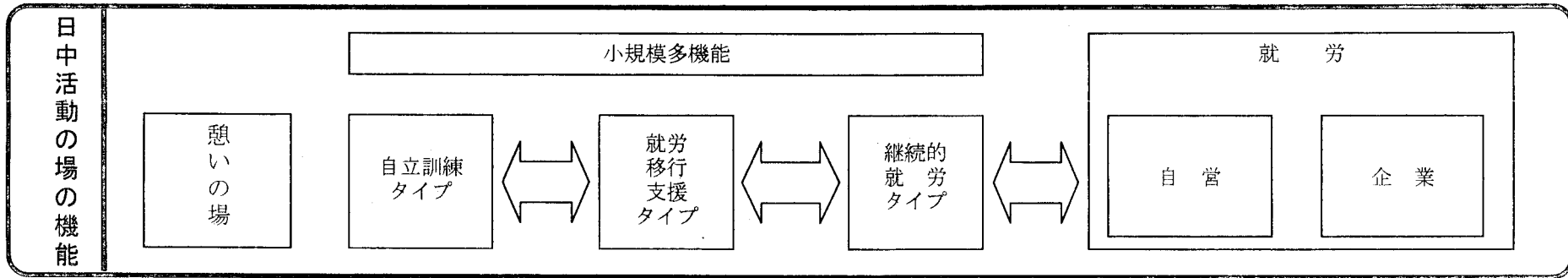
命令に従わない

改善計画等の内容を公表

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限するよう命令

再編後の住・生活・活動支援体系（精神保健福祉）

（別紙16）



障害者の相談支援(ケアマネジメント)体制(案)

(別紙17)

- 都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の三層（生活圏域も含める場合には四層）構造の相談支援体制となるよう、各機関の育成等を行う。
- 相談支援事業については、施設整備等を伴わないものも念頭に、法律上、居宅生活支援事業の一類型と位置づける。（法律上、その中立性に配慮）
- 相談支援の内容等は次のようなイメージとする。
 - ・ 生活全般の総合的なもの
 - ・ 福祉サービス等の利用決定に係るもの（自立生活支援計画）

《 都道府県 》

- 専門判定機関により、障害者の状態の判断等、各種相談支援事業者のスーパーバイズを行う。

《 障害保健福祉圏域 》

- 市町村単位の相談支援事業者のスーパーバイズ、危機介入的な専門性の高い案件への対応等を行う中核的な事業者を確保（住宅入居支援等のサービスを行うことも想定）。
- 市町村単位の相談支援事業者の中から、圏域の中核となる事業者を都道府県が指定。

《 市町村 》

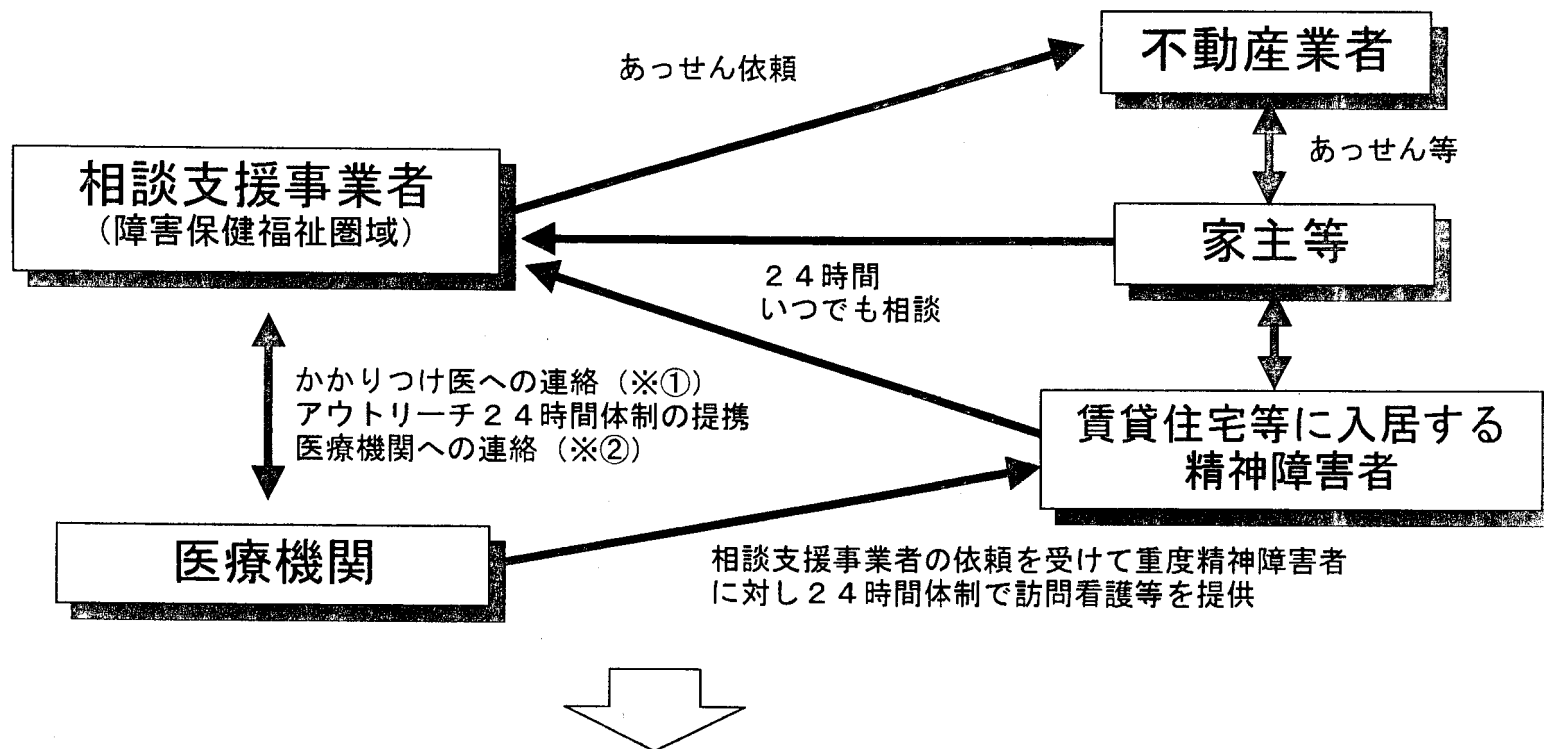
- 市町村単位の相談支援機能（市町村又は民間の相談支援事業者）を確保。
- 実施主体である市町村の指定に基づき、事業者は、ソーシャルワーク的業務等を実施。

《 生活圏域 》

- 支援を必要とする障害者の発見、プライマリー的な相談、事後的なモニタリング等を中心とするコミュニティーワーク機能として位置づける。

精神障害者の住居サポート体制の整備

(別紙18)

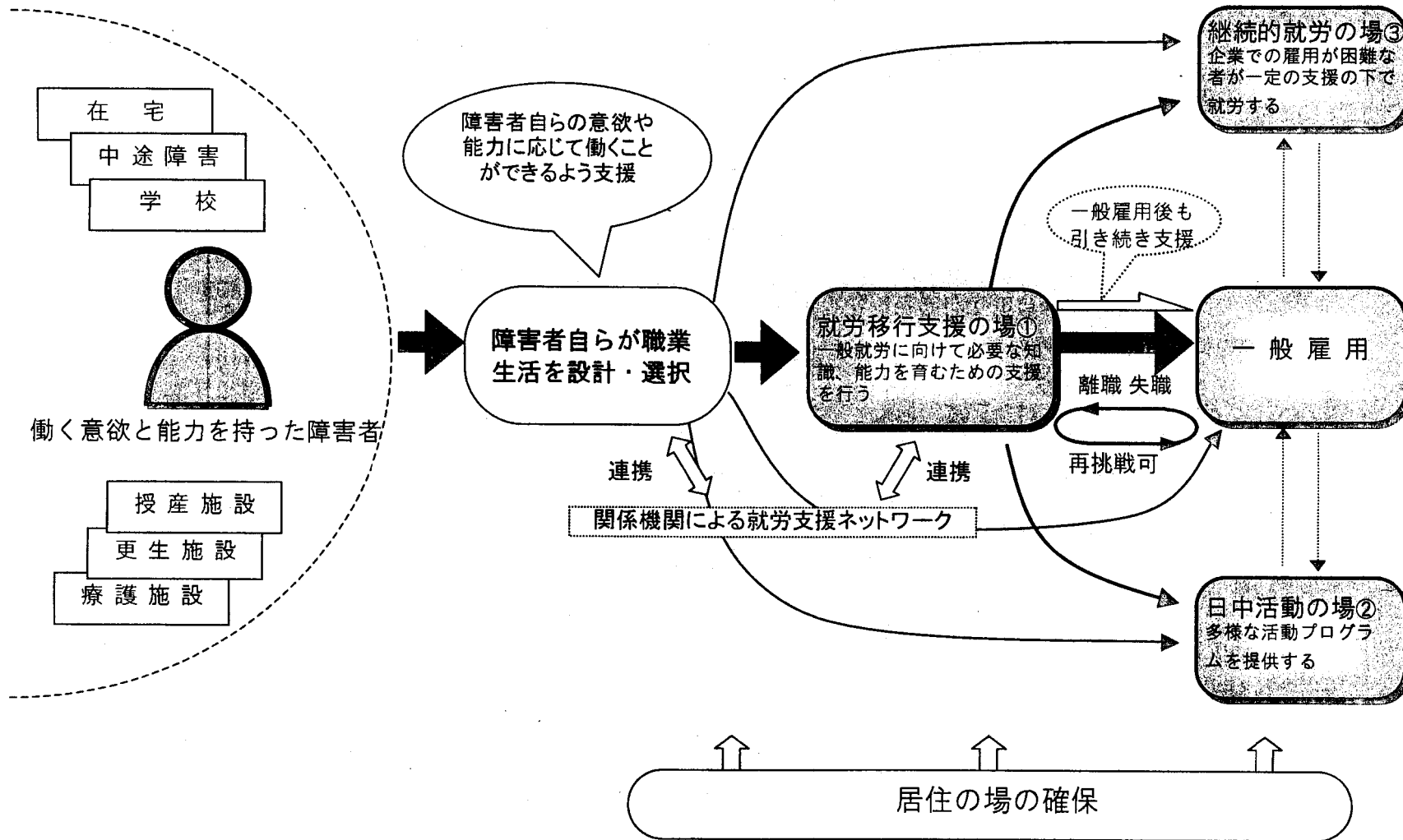


- ・ 家主・精神障害者とも安心して入居できる環境→地域生活の場（住まい）の確保
- ・ 重度精神障害者の地域生活の支援→入院から在宅への流れの促進

※精神障害者相談支援事業のオプション事業(①のみ又は①+②)と位置づけ、体制を整えた事業者に加算を適用する。

新たな障害者の就労支援策の流れ

(別紙19)



自立生活支援計画に基づくサービスの利用 (別紙20)

- ・ 精神障害者相談支援事業(仮称)によるサービスは自立生活支援計画に基づくものであることを明確化。
- ・ この自立生活支援計画策定に係る相談支援機能は、地域生活支援センターや精神障害者相談支援事業者(仮称)に委託できることとする。
- ・ 精神障害者相談支援事業(仮称)は精神障害者居宅生活支援事業として位置づけ、ケアマネジメント研修を受講した「相談支援専門員」を配置する。

精神保健福祉に関する問題全般についての相談並びに必要な指導及び助言

生活支援

訪問サービス、ショートステイ、通院医療費公費負担の利用等

住まいの場

自宅(持ち家・借家)、グループホーム・社会復帰施設、生活訓練等

活動支援

雇用、職業訓練、デイサービスの利用等

本人と共同して総合的な『自立生活支援計画』を作成

自立支援計画に基づいた各種サービスの利用

- ・ ホームヘルプやショートステイの利用
- ・ 通院医療費公費負担制度を活用したデイケアの利用
- ・ 訪問看護の利用 等

- ・ 住居の賃借
- ・ グループホーム、社会復帰施設の利用
- ・ 生活訓練、生活支援の利用 等

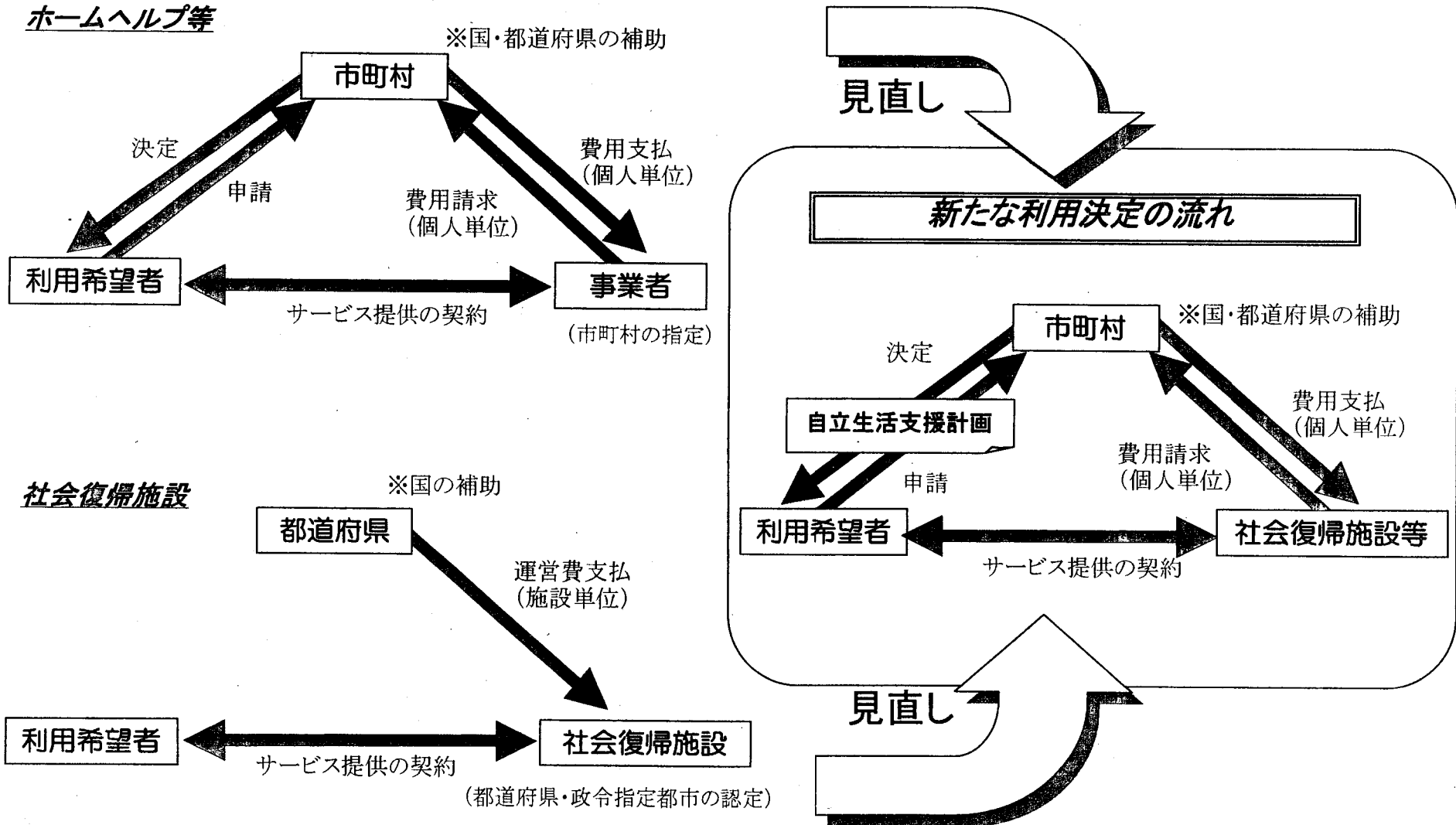
- ・ 企業、福祉工場での就労
- ・ 就業・支援センター、職業安定所の利用
- ・ デイ(ナイト)サービスの利用 等

サービスの利用状況についての継続的な管理

再評価

必要に応じ支援計画の修正・更新

精神障害者利用決定の流れ



今後の障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案)

平成16年10月12日

厚生労働省障害保健福祉部

本案の位置づけ

本案は、厚生労働省としての試案であり、今後、関係審議会の意見を聴き、関係機関等との調整を行い、①地域の基盤や実施体制の整備に一定の準備期間を要する項目と、②制度の持続可能性の確保の観点からできる限り速やかに実施すべき項目等に区分して、実施スケジュール等を整理するものである。

なお、精神障害固有の問題については、本案に記載するものの他、「精神保健医療福祉の改革ビジョン(厚生労働省精神保健福祉対策本部 平成16年9月)」に基づき、改革を進める。

また、介護保険制度との関係については、基本的考え方、論点について、別途整理して、提示する予定である。

I 今後の障害保健福祉施策の基本的な視点

1 障害保健福祉施策の総合化

身体・知的・精神等と障害種別ごとに対応してきた障害者施策について、『市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備』する中で、創意と工夫により制度全体が効果的・効率的に運営される体系へと見直し、『地域福祉を実現』することが必要である。

2 自立支援型システムへの転換

障害者施策について、政策のレベルにおいて、保護等を中心とした仕組みから、『障害者のニーズと適性に応じた自立支援』を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による『自己実現・社会貢献』を図ることが重要である。また、これにより、地域の活性化など、地域再生の面でも役割を果たすこととなる。

3 制度の持続可能性の確保

現行の支援費制度や精神保健福祉制度は、既存の公的な保険制度と比較して制度を維持管理する仕組みが極めて脆弱であり、必要なサービスを確保し障害者の地域生活を支えるシステムとして定着させるため、国民全体の信頼を得られるよう『給付の重点化・公平化』や『制度の効率化・透明化』等を図る抜本的な見直しが不可欠である。

Ⅱ 改革の基本的方向

現行の制度的課題を解決する

1 市町村を中心とするサービス提供体制の確立

- 1)福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国・都道府県による支援体制の確立
- 2)障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入
- 3)各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備
- 4)障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み

2 効果的・効率的なサービス利用の促進

- 1)市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入
- 2)利用決定プロセスの透明化
- 3)障害程度に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化
- 4)人材の確保と資質の向上

3 公平な費用負担と配分の確保

- 1)福祉サービスに係る応益的な負担の導入
- 2)地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し
- 3)障害に係る公費負担医療の見直し
- 4)国・都道府県の補助制度の見直し

新たな障害保健福祉施策体系を構築する

1 障害保健福祉サービス体系の再編

- 1)総合的な自立支援システムの構築
- 2)障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し
- 3)権利擁護の推進とサービスの質の向上
- 4)新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入

2 ライフステージに応じたサービス提供

- 1)雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施
- 2)極めて重度の障害者に対するサービスの確保
- 3)障害児施設、事業のサービス体系の見直し

3 良質な精神医療の効率的な提供

- 1)精神病床の機能分化の促進と地域医療体制の整備
- 2)入院患者の適切な処遇の確保
- 3)精神医療の透明性の向上

介護保険との関係整理(別途整理)

1 現行の制度的課題を解決する

(1)市町村を中心とするサービス提供体制の確立

【基本的な考え方】

- 障害者サービスについては、段階的に都道府県から市町村にその実施主体を移してきているが、障害種別等ごとに実施状況には大きな差異があり、またサービス提供を実施している市町村でも、制度的に障害やサービスの種類ごとに提供主体が異なるものがあることから、一貫した効果的・効率的なサービス提供や財源配分が困難な状況にある。
- 今後、障害者の福祉サービスについては、年齢、障害種別、疾病を超えて、「実施主体を市町村に一元化」した上で、「国、都道府県が効果的に支援」しつつ市町村の創意と工夫により制度全体が効果的・効率的に運営される体系へと見直し、「地域福祉の実現」と「全国的に均衡ある提供体制の確保」の両立を図ることが必要である。
- このため、各障害を通じて、市町村が具体的なサービス提供を効果的・効率的に実施できるよう、市町村、都道府県、国の役割を統一的に見直し次のような観点から新たな体制を確立する。

<主な課題>

- ・ 福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国や都道府県による支援体制の確立
- ・ 障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入
- ・ 各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備
- ・ 障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み

<サービス実施主体の現状>

	身体	知的	障害児	精神
在宅	市町村	市町村	市町村	市町村
施設	市町村	市町村	都道府県等	都道府県等
うち福祉工場	都道府県等	都道府県等		

<在宅サービスを実際に提供した市町村数(全市町村に占める割合)>

	身体	知的	障害児	精神
ホームヘルプサービス	2,491 (78%)	1,706 (53%)	1,190 (37%)	1,671 (52%)
デイサービス	1,624 (51%)	1,101 (34%)	1,456 (46%)	
ショートステイ	967 (30%)	1,643 (51%)	1,583 (50%)	531 (17%)

※ 身体、知的、障害児は平成 16 年 1 月、精神は平成 16 年 3 月のデータ

【見直しの具体的な内容】

1)福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国や都道府県による支援体制の確立

① 市町村

- 障害者への福祉サービスの効果的・効率的・総合的な提供を実現するため、障害種別を問わず、市町村が一元的に実施主体となりニーズを把握して計画的にサービス提供を行うものとし、精神障害者社会復帰施設や福祉工場(身体・知的)に関する事務、障害児施設の措置事務を都道府県事務から市町村事務に段階的に移譲する。

※ 障害児については、被虐待等の要保護性を有す者に係る実施主体の問題があり、現在国会に法案が提出されている虐待防止対策を含む児童福祉法の改正動向等を踏まえ、概ね5年後の施行を念頭に3年以内に結論を得る。

② 都道府県

- 障害者への福祉サービスについては、市町村の広域的・技術的支援、都道府県内のサービスの量的・質的水準の向上を担うものとし、都道府県内の障害保健福祉サービス提供体制の計画的な整備、利用者偏在等に基づく市町村間の格差調整等を行う。
- 小規模な市町村等における円滑な事務執行の導入のため、広域連合等の枠組みの積極的な活用を進める。

③ 国

- 全国的な障害保健福祉サービスの向上を図る観点から、地方が策定する計画に基づき国としてのサービスの整備に関する計画を定め、障害保健福祉サービスの提供体制の整備や広域連合等の活用に係る都道府県の支援、利用者偏在等に基づく都道府県間の格差調整等を担う。

2)障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入

- 市町村が、障害者のニーズ把握等に基づき、サービス提供量等の目標の記載を義務づけた障害保健福祉計画を策定することを制度化する。
- 都道府県が、市町村のサービス提供等の計画に基づき、都道府県内のサービス供給体制の整備目標に関する障害保健福祉計画を策定することを制度化する。
- 国は、障害保健福祉サービスに係る基本指針の策定を制度化する。
- 市町村と都道府県の計画は障害者基本法に基づく障害者計画と一体のものとして策定する。

3)各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備

- 市町村やサービス提供者の事務の簡素化・効率化と、地域におけるサービス提供の効果的な実態把握を進めるため、報酬請求事務等の電算化、外部化(国保連等)を進める。
- 地域での身体・知的・精神等に共通した障害保健福祉サービス等に関する検討を進めるため、社会福祉法に基づく地方社会福祉審議会で精神保健福祉に関する事項を検討することとした場合には、地方精神保健福祉審議会を置かないことができること等を検討する。

4)障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み

- 「精神分裂病」の「統合失調症」への名称変更を行う。
- 各障害共通に普及啓発、広報活動を推進する。特に、精神障害については、「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」とことについての認知度を概ね10年後に90%以上とすることを目標とし、国民的な運動を進める。

(2)効果的・効率的なサービス利用の促進

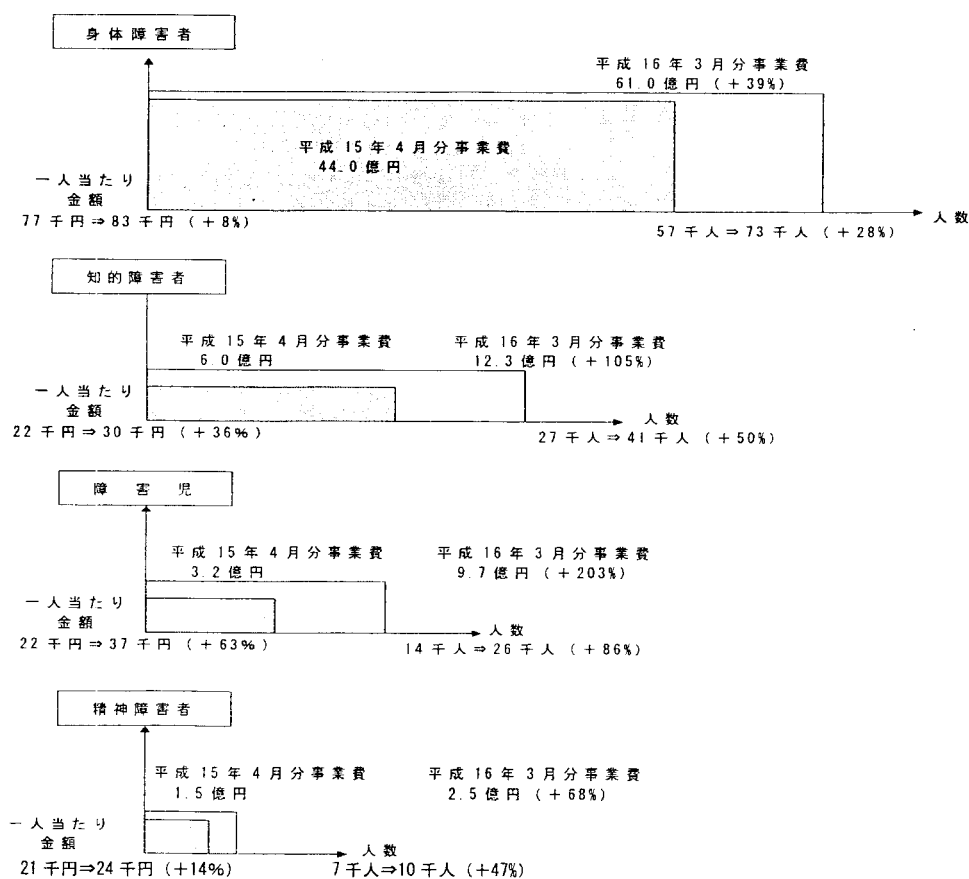
【基本的な考え方】

- 平成 15 年度の支援費制度の施行や平成 14 年度の精神障害者居宅生活支援事業の本格的な実施の後、居宅生活支援の関係費用は、サービス利用者の増加(実施市町村数の増加、実施市町村におけるサービス普及)、一人当たり利用額の増加等により必要額が急増している。今まで、必要なサービスを受けられなかった者へサービス提供がなされるという積極的意義がある一方で、既存の公的保険制度等と比較して制度を維持管理する仕組みが極めて脆弱なことから、より効果的・効率的なサービス利用となるよう制度の見直しが必要となっている。
- 障害者のニーズは多様であるが、自ずとその水準に限界がある国民負担により障害者サービスが賄われる以上、制度の持続可能性を確保するためには、「制度を維持管理する仕組みを確立」し、負担者である国民全体が納得し得る「客観的・合理的な基準、手続き」に基づき運営されることが必要である。
- このため、各障害を通じて、市町村が具体的なサービス提供を効果的・効率的に実施できるよう、制度全体を次のような観点から見直し、障害者の安心確保と制度への国民の信頼を確立する。

<主な課題>

- ・ 市町村を基礎とした重層的な障害者相談体制の確立とケアマネジメント制度の導入
- ・ 利用決定プロセスの透明化
- ・ 障害程度に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化
- ・ 人材の確保と資質の向上

<ホームヘルプサービスの増額の内訳>



【見直しの具体的な内容】

1) 市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入

- 市町村は、地域の障害者の福祉に関する各般の問題につき、主として居宅において日常生活を営む障害者又はその介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う等の障害者の自立等に必要相談支援を実施する。
- 都道府県は市町村が行う判定等に係る支援、居住支援等の広域的な対応や危機介入等の専門性の高い対応等を実施する。
- 市町村、都道府県が自ら相談支援体制を確保できない場合には、「相談支援事業者」に委託できるよう法的な整備を行い、国の定めるケアマネジメント従事者研修を修了している者を置くことを義務づける。
- 市町村が行う障害者サービスの判定等を技術面において支援するため、現在、都道府県等に置かれている身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センターの機能再編や職種の必置規制の見直し、判定の標準化等も含め、市町村支援機能の強化を図る。

2) 利用決定プロセスの透明化

- 個別給付を受けようとする者は、利用申請に際し、自ら又は相談支援事業者等の支援を受けて、その心身、家族などの状況に応じたサービスの利用計画案を作成し、当該計画案を利用申請書に添付することとする。
- 個別給付の利用決定に際しては、当該計画案のほか、当該地域の実際のサービス提供状況等を勘案して行うこととする。また、利用決定について、その適正な実施を確保するため、市町村又は広域での審査会設置、都道府県の専門機関への意見照会等の仕組みを導入する。
- 個別給付の利用決定を受けた者のうち、複数のサービスの利用が必要な者、長期入所・入院から地域生活に移行する者など計画的なプログラムに基づく自立支援が必要な者については、「自立支援計画」を作成(個別給付の対象)し、計画に基づき、サービス利用のあっせん・調整・契約援助などの支援を行う仕組みとする。
- 個別給付の利用決定を受けた者のうち継続利用する者は、一定期間ごとに、市町村又は相談支援事業者、利用に係る再評価等を受ける仕組みとする。

3) 障害程度等に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化

- 各サービス共通の尺度として、支援の必要度等からの尺度を開発し、新たに客観性のある障害程度区分を設定する。当面は、介護的側面については、要介護認定基準を基本に障害種別の特性を踏まえた尺度を組み合わせ、自立支援的側面については、障害種別の特性を踏まえた尺度により設定する。
- 障害程度等に応じた標準的なサービスモデルやサービス利用状況等も踏まえ、当該区分別の標準的な費用額を設定し、国庫配分や利用決定の目安として活用する。

4) 人材の確保と資質の向上

- 都道府県は、国が定める指針を参考とした評価基準に基づき、障害者の相談支援を担当する人材の養成研修の実施や相談支援事業者の評価等を行う。
- 国は、国の機関又は専門性を有する民間機関を活用して、都道府県で人材育成を担う者の養成システムを確立するとともに、相談支援業務の評価手法を開発する。

(3) 公平な費用負担と配分の確保

【基本的な考え方】

- 制度を維持管理する仕組みの確立と客観的・合理的な基準、手続きに基づく運営などによる制度への信頼性の向上と併せて、利用者の公平な負担と財政責任の確立により、制度の公平性と持続可能性の確保を図ることが必要である。

利用者負担の見直し

- 行政処分による制度とは異なり、利用者と提供者の契約を基本とする制度においては、利用者負担は、制度運営の公平性を確保する重要な要素であるが、現在の所得別の負担水準は、他の契約による制度と比較して極めて低い水準であり、負担能力の乏しい者へ配慮しつつ、他制度と同様、契約した本人について「受けたサービス量に応じた負担」、「入所施設と地域生活の均衡ある負担」を求める仕組みを導入することが必要である。
- このため、各障害を通じて、利用者負担の公平化を図る観点から、次のような利用者負担の見直しを行う。

<主な課題>

- ・ 福祉サービスに係る応益的な負担の導入
- ・ 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し
- ・ 障害に係る公費負担医療の見直し

国・都道府県の補助制度の見直し

- こうした利用者負担の見直しや制度を維持管理する仕組みの強化と並行して、障害保健福祉サービスに対する国費配分については、その水準に限界がある国民負担で賄われる財源の効果的な配分という観点から、入所サービス中心から自立支援サービス中心へ、医療費負担の軽減措置から地域福祉サービスの確保等へと「配分の重点の変更」を進めつつ、福祉費(施設・在宅)についても、国が「他制度と均衡のとれた財政責任」を持つ仕組みへ改めることが必要である。さらに、国全体として均衡ある障害者サービスの発展を確保するため、「地域間格差を調整する機能」を高めていくことが必要である。

<障害保健福祉関係の財政構造>

障害保健福祉部平成16年度予算総額6,942億円(義務的経費5,873億円、裁量的経費1,060億円、公共投資関係9億円)

手当 1,203億	措置費 427億 (25億)	支援費 3,473億 (619億)	精神福祉 210億 (124億)	医療費 1,040億 (18億)	その他 570億 (274億)
--------------	----------------------	-------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------

※1 上図には公共投資関係は含まれていない。また、()内の数値は裁量的経費の額を示している。

※2 施設訓練等支援費に係る医療費は、医療費ではなく支援費で整理している。

<各制度の利用者負担の比較(在宅・入院外)>

各制度の利用者負担の現状

- 在宅サービス利用者の多数の者について利用者負担がないほか、他制度と比較すると、同程度の所得水準でも利用者負担限度額が低くなっている。
- 福祉サービス利用者には、生活保護世帯、市町村民税非課税世帯の割合が多い。
- ホームヘルプは所得階層と利用時間で負担額が決まるが、支援費制度については比較的短時間の利用で該当する負担上限額が設定されている。

区分	支援費制度 (ホームヘルプ)		精神障害者 (ホームヘルプ)		介護保険制度 (1割)		老人保健制度 (1割又は2割) (下線は多数該当※1)		健康保険制度 (2割又は3割) (下線は多数該当※1)	
	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)
生活保護受給等	0	18	0	42	15,000	2	15,000	15	35,400 (24,600)	—
市町村民税 非課税	世帯非課税	0	77	0	24,600	29	24,600	16	72,300 + 医療費1% (※2) (40,200)	—
	本人非課税					43				
所得税 非課税	市町村民税のうち 均等割のみ課税	1,100 (30分あたり50円)	2	0	51			課税所得	72,300 + 医療費1% (※2) (40,200)	—
	市町村民税のうち 所得割課税	1,600 (30分あたり100円)								
課税	2,200 (30分あたり150円) ∫ 全額	3	時間当たり負担額×利用時間数 時間当たり負担額は、所得税額に 応じ250～950円	7	37,200	26	124万以上 72,300 + 医療費1% (※2) (40,200)	月収56万以上 139,800 + 医療費1% (※2) (77,700)	—	
実効負担率	1.3%(H15)		1.5%(H15)		10.3%(食費込・H14)		8.7%(食費込・H14)※3		20.6%(食費込・H13)※3	

- ※1 多数該当とは、同一世帯で直近12ヶ月に高額医療費の支給月数が3ヶ月以上ある場合、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減されるもの。
- ※2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000又は466,000円)
- ※3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

<各制度の利用者負担の比較(入所・入院)>

各制度の利用者負担の上限の現状(入所・入院)

区分	支援費制度		知的障害者本人 入所施設		介護保険制度 1割負担(数字は上限額) + 食費の標準負担額		老人保健制度 1割又は2割(数字は上限額) + 食費の標準負担額		健康保険制度 2割又は3割(数字は上限額) + 食費の標準負担額	
	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)	金額(円)	分布(%)
生活保護受給等	0	7	0	0.6	15,000+ 300×入所日数	2	15,000+ 300×入院日数	15	35,400 +	—
市町村民税 非課税	世帯非課税				24,600 +	29	24,600+ 500(650)×入院日数※1	16	500(650)×入院日数※1	—
	本人非課税					43				
所得税 非課税	市町村民税のうち 均等割のみ課税	0 ∫ 更生・授産 53,000 (入所3年 未滿は 32,000)	0 ∫ 更生・授産 53,000 (入所3年 未滿は 32,000)	—	37,200 +	26	課税所得 124万以上 72,300 +	57	72,300 + 医療費1%(※2) +	—
	市町村民税のうち 所得割課税						780×入院日数	12	780×入院日数 (40,200)	
課税	療護 96,000				780×入院日数		医療費1%(※2) +	12	月収56万以上 139,800 +	
実効負担率	9.2%(H15)		11.8%(H15)		10.3%(食費込・H14)		8.7%(食費込・H14)※3		20.6%(食費込・H13)※3	

- ※1 500円は直近1年間の入院期間が90日超の場合であり、650円は直近1年間の入院期間が90日以下の場合である。
- ※2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000又は466,000円)
- ※3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

<各制度の利用者負担の比較(公費負担医療等)>

各制度の利用者負担の比較(公費負担医療等)

区分	精神障害者通院公費(平成15年度月平均受診者数:約76万人)		更生医療(平成15年度受給者:約83万人)		育成医療(平成15年度受給者:約5万人)		健康保険制度	老人保健制度	
	金額(円)	分布(%)	金額(円) (下線は通院の場合)	分布(%)	金額(円) (下線は通院の場合)	分布(%)	2割又は3割(数字は上限額)+食費の標準負担額	1割又は2割(数字は上限額)+食費の標準負担額	分布(%)
生活保護受給等					0	0.5			
市町村民税非課税	世帯非課税	—	0	33.9	2200 (1,100)	10.0	35,400+ 500(650)×入院日数※1	15,000+ 300×入院日数	15
	本人非課税							24,600+ 500(650)×入院日数※1	16
所得税非課税	市町村民税のうち均等割のみ課税	医療費の5% (月額負担は医療保険で対応)	4,500 (2,250)	10.4	4,500 (2,250)	5.9	72,300+ 医療費1%(※2)+ 780×入院日数(40,200)	40,200+ 780×入院日数	57
	市町村民税のうち所得割課税		5,800 (2,900)	5.2	5,800 (2,900)	7.0		課税所得124万以上	
課税			6,900 (3,450)	50.5	6,900 (3,450)	76.5	月収56万以上 139,800+ 医療費1%(※2)+ 780×入院日数(77,700)	72,300+ 医療費1%(※2)+ 780×入院日数(40,200)	12
実効負担率(平成15年度)	5%		0.8%(食費込・H14)		13.5%(食費込・H15)		20.6%(食費込・H13)※3	8.7%(食費込・H14)※3	

※1 500円は直近1年間の入院期間が90日間超の場合であり、650円は直近1年間の入院期間が90日以下の場合である。

※2 医療費の1%については、制度別等に医療費から一定額を控除して計算。(老人保健制度 361,500円、健康保険制度 241,000円又は466,000円)

※3 老人保健制度においては平成14年10月より負担上限を引き上げ、健康保険制度においては平成15年度より窓口負担を2割から3割に引き上げた。

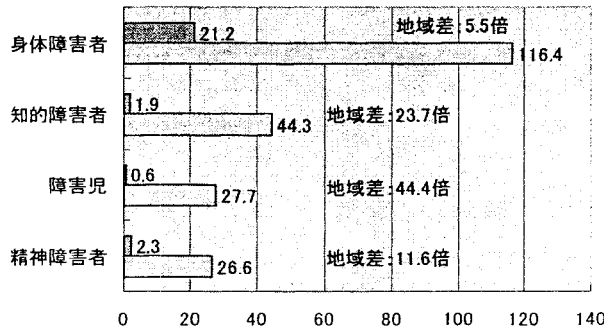
<ホームヘルプサービス利用の地域差(都道府県比較)>

○ サービス利用のすそ野の広がり(普遍化の度合い)の差異

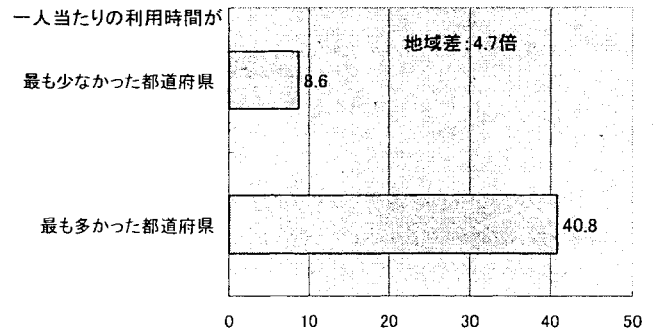
○ 一人当たりの利用時間の差異

■ 最も利用が少なかった都道府県
□ 最も利用が多かった都道府県

単位:人(10万人当たり)



単位:時間



【見直しの具体的な内容】

1) 福祉サービスに係る応益的な負担の導入

- 契約に基づきサービス量を決定する仕組みであること、またサービスの利用に関する公平を図る観点から、サービスの量に応じて負担が変わる応益的な負担を導入し、利用額に応じ、利用者がサービス事業者に支払うものとする。負担率については、適切な経過措置を講じつつ、他の同様の制度における負担率を勘案して設定するものとし、これに併せて扶養義務者の負担は廃止する。
- 応益的な負担の導入に併せて、家計に与える影響等を勘案し、一定の負担上限(毎月)を設定する。当該負担上限額については、他の同様の制度における上限額を勘案して設定するものとし、他制度と均衡を図りつつ、負担能力の乏しい者については低い負担上限額を設定する。
- 上記の措置によっても、利用に係る負担をすることができない者については、個別の申請に基づき、生計を一にする家族の負担能力を勘案し、減額できる仕組みを導入する。なお、生計を一にする家族の範囲については、支援費制度や他制度の仕組みも踏まえて検討する。

2) 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し

- 入所施設利用の場合と地域生活する場合との費用負担の均衡を図るため、入所施設利用中の医療費(障害に係る公費負担医療制度の対象となる場合を除く)、食費、日用品費については、自己負担とする。また、個室利用(症状等から個室利用が不可欠な場合を除く)に係る施設利用料や長期入所など施設が生活の場となっている場合の施設利用料についても自己負担とすることを検討する。
- なお、負担能力の乏しい者に係る食費、施設利用料については、他制度との均衡を図りつつ、別途、負担軽減措置を検討する。

3) 障害に係る公費負担医療の見直し

- 精神通院公費、更生医療及び育成医療といった障害に係る公費負担医療制度は、福祉サービス等の基礎的なサービスとは異なり、基本的には医療保険に係る自己負担分を軽減する仕組みとして機能しており、制度運営の効率化、財源配分の重点化の観点から、現行制度を見直す。
- 具体的には、医療保険制度で行われている低所得者対策や長期疾病対策等を基礎に、制度の対象を、負担能力の乏しい者、重度障害のため長期療養により継続的な費用負担が発生する者等に重点化し、利用者負担については、福祉サービスに係る負担の見直しと同様に、応益的な負担を基本とし、一定の負担上限額を組み合わせる仕組みに統一する。また、原則として、入院患者の食費については自己負担とし、負担能力のない者については、別途、負担軽減措置を検討する。
- 精神通院公費については、他の公費負担医療と同様に指定医療機関制度を導入する。

4) 国・都道府県の補助制度の見直し

- 個別給付に係る国・都道府県の補助制度については、利用者負担の見直しや制度を維持管理する仕組みの強化等の制度的課題を解決することを前提に、次のような見直しの検討を進める。
 - ① 国、都道府県が義務として支弁する仕組みとし、利用状況に応じて一律に支払う分と、地域間格差を調整しつつ国、都道府県全体として均衡のとれた整備を促していくために使用する分（調整交付金）で構成する。
 - ② 都道府県は、障害保健福祉サービス提供体制の計画的な整備等を責任を持って進めていくため、障害種別、実施主体、サービスの種類等に関わらず、統一的に負担を持つものとする。
- 利用状況に応じて一律に支払う国及び都道府県の額については、障害程度区分ごとに設定される標準的な費用額に利用者数を乗じて算定される額を上限として、実際に要した費用額の一定割合とする。なお、標準的な費用額については、定期的に見直す。
- 個別給付の調整交付金については、重度障害者の偏在の調整、サービス提供が遅れている地域の支援、サービスの質の向上の取り組みや効果的なサービスの提供を促す等の観点から、具体的な指標等を明確にして、国は都道府県間の調整を行うものとし、都道府県は国からの調整交付金と都道府県の一定の負担を用いて市町村間の調整を行うものとする。

2 新たな障害保健福祉施策体系の構築

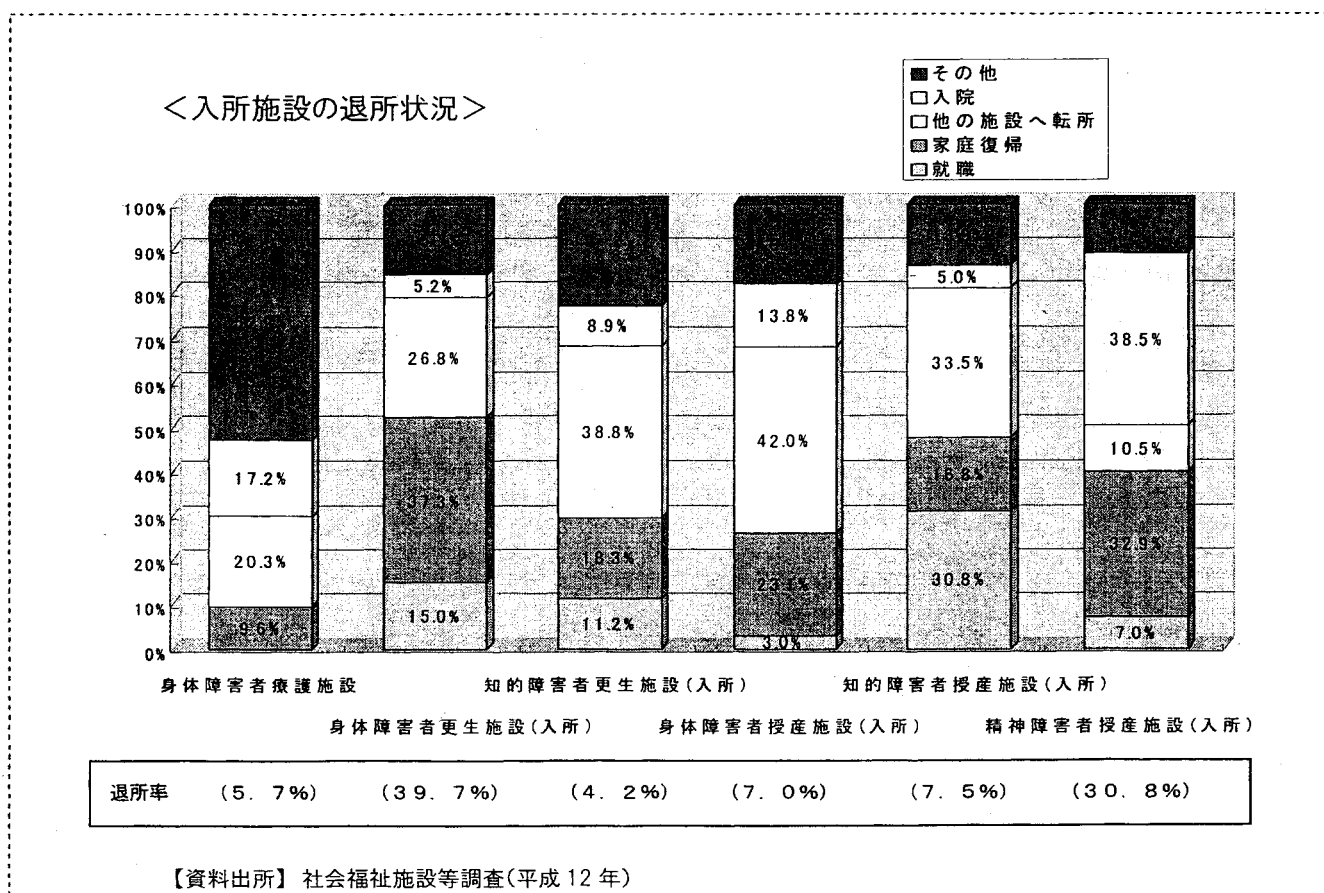
(1) 障害保健福祉サービス体系の再編

【政策目標】

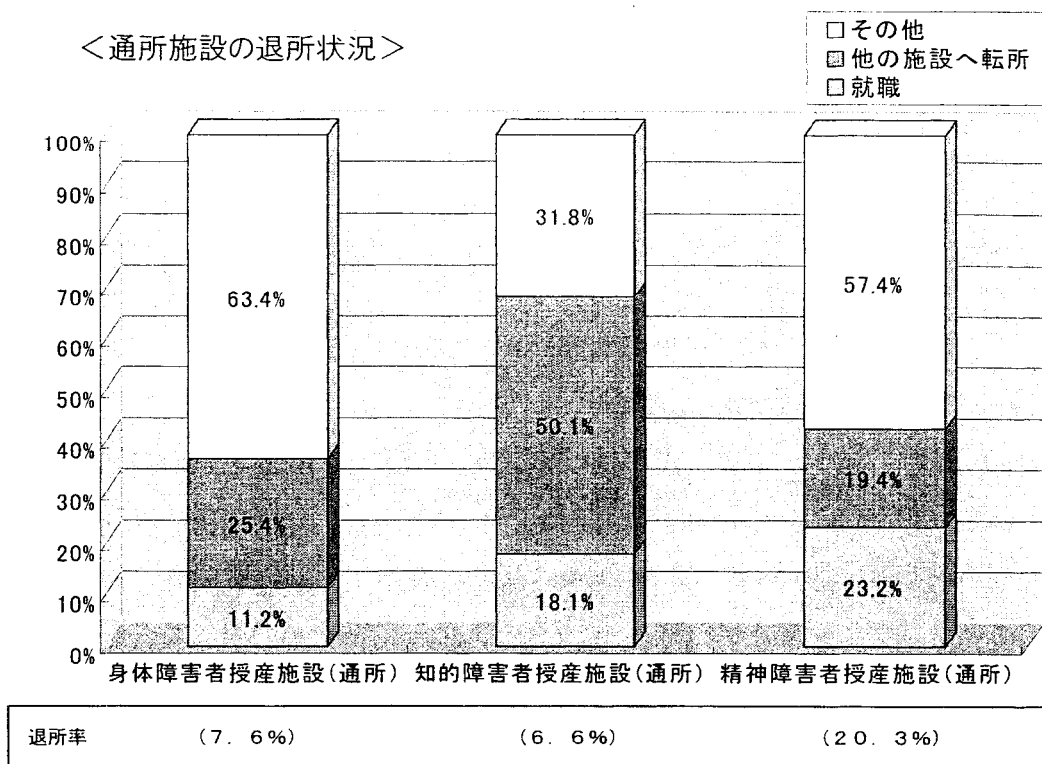
- 障害関係制度の政策効果・効率性を高め、障害者の「自己実現・社会貢献」を図っていくため、障害種別共通の自立支援型システムを体系的に整備することが重要である。障害程度等に応じて提供される介護的な給付に加え、統一的な体系の下、就労支援等の自立支援サービスが個別給付又は事業形態で効果的に提供される「総合的な自立支援システム」を確立する。
- 既存の施設や事業については、ニーズに必ずしも適合した体系となっていないこと等から、結果的にいわゆる通過施設等において障害程度や適性に関係なく「滞留」が常態化するなど、本来果たすべき機能が十分に発揮されていない。また、重度の高次脳機能障害等のいわゆる「障害種別の狭間」の問題も顕在化している。このため、サービス体系を「機能に着目して再編」し、支援の必要度に応じて、効果的・効率的にサービスが提供される「各障害共通の体系」を確立する。

<主な課題>

- ・ 総合的な自立支援システムの構築
- ・ 障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し
- ・ 権利擁護の推進とサービスの質の向上
- ・ 新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入



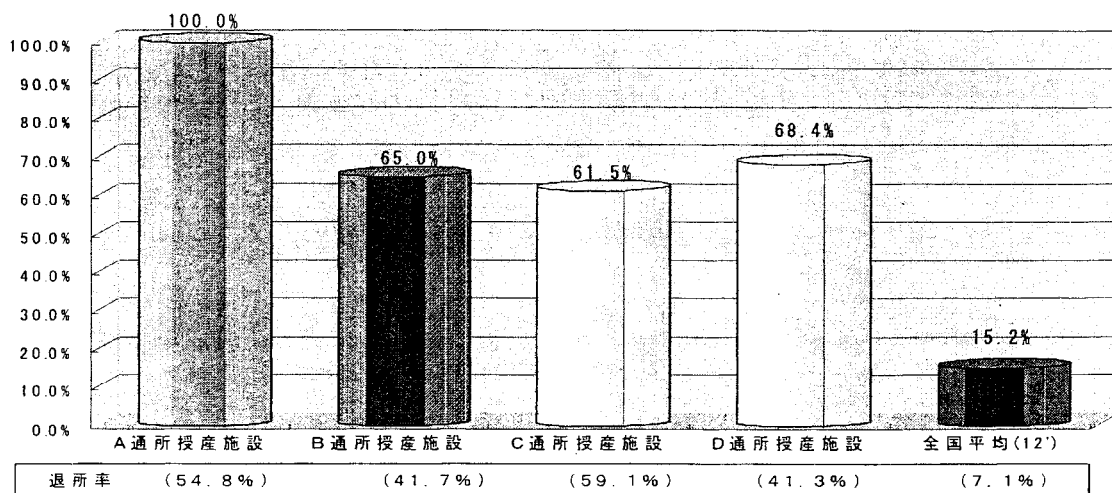
＜通所施設の退所状況＞



【資料出所】 社会福祉施設等調査(平成12年) ※通所更生施設の退所状況は統計上把握していない。

＜就労支援で成功している施設の退所状況＞

退所者のうち就職を理由に退所する割合



【資料出所】 厚生労働省障害保健福祉部調べ
 全国平均は、社会福祉施設等調査(平成12年)

【見直しの具体的な内容】

1) 総合的な自立支援システムの構築

- 身体・知的・精神等の障害共通の仕組みとして、障害程度等に応じて、次のような給付・事業が提供される総合的な自立支援システムを構築する。

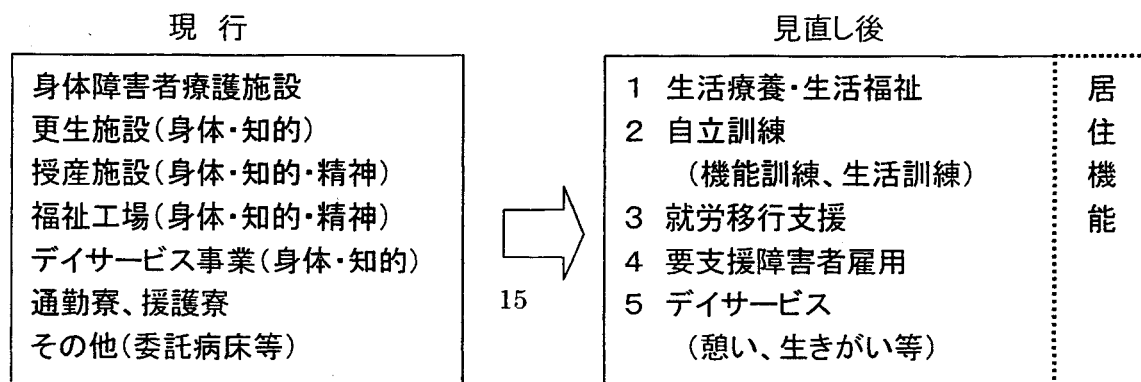
- | |
|---|
| ① 障害者介護給付
→ 介護に係る個別給付 |
| ② 障害者自立支援給付
→ 障害者の適性に応じた明確な目的の達成に向けた個別給付 |
| ③ 障害者地域生活支援事業
→ 基礎的なサービスであるが地域の特性や利用者の状況に応じ柔軟な事業形態の方が個別給付とするよりは、効果的・効率的なもの |

- 個別給付(障害者介護給付、障害者自立支援給付)を利用する場合には、個々の障害者の適性を踏まえ明確な目的を持った適切な支援が行われるよう、市町村又は委託を受けた相談支援事業者による事前のアセスメントと定期的な再評価を受けて行われるものとする。
- 複数のサービスが必要な者、長期入所・入院から地域生活に移行する者など計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者等に係る個別の「自立支援計画」の策定費として支援計画策定費を給付する。
- 個別給付以外のサービスを受ける場合についても、相談支援事業者の適切な支援を受けられる体制を整えるとともに、サービス事業者の適正な運営が確保されるよう、利用者に関する基準の明確化、市町村や相談支援事業者によるサービス事業者の評価などの仕組みを設ける。
- 地域生活支援事業のうち、地域相談支援、移動介護、コミュニケーション支援等、特に全国的に行われる必要のある基本的な事業については法定化する。
- 地域生活支援事業の財源については、市町村・都道府県の創意と工夫がより活かされるとともに、地域間の取り組みの差異が調整できるような、現行の補助制度とは異なる国費の支払制度も検討する。

2) 障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し

(通所・入所施設等の再編)

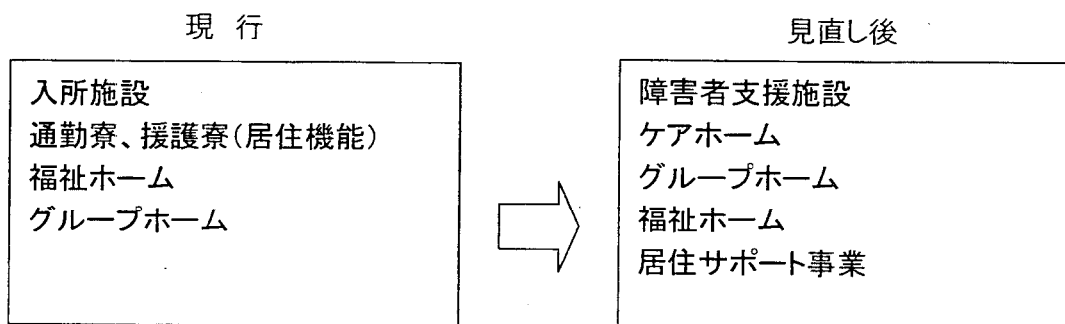
- 既存の施設を、生活療養(医療型)・生活福祉(福祉型)、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援、要支援障害者雇用等の機能に応じ事業として再編し、それぞれの事業ごとに標準的な支援プログラムを整備する。
- 再編後の事業の実施主体については、社会福祉法人の他、NPO 法人等広く運営可能となるような法的な整備を図る。



- 就労移行支援型の事業については、企業等での就労へ円滑に移行するという明確な目的のために期間を定めた効果的な支援を行うことを基本的な特徴とし、施設外授産や職場適応訓練等の効果的な活用を図るプログラムとする。
- 要支援障害者雇用(就労継続支援)型の事業については、運営主体が障害者と雇用関係を結び継続的な就労を前提とすることを基本的な特徴とするが、既存の福祉工場と異なり、障害者以外の者の雇用を可能とすること、職員・設備等の必置規制を緩和すること等を進める。
- 障害特性や年齢等により一般就労が困難な障害者については、生活福祉事業において、その適性に応じ何らかの創作活動や一定の工賃を得ることのできる活動等の支援プログラムを提供する。
- 事業を行う上で必要となる最低限の利用者数を各事業共通で運営単位として設定した上で、当該運営単位を一又は複数の事業の合計で超えること、それぞれの事業種別ごとに設定する必要な利用者数を確保すること等を条件に複数の機能を有した多機能型の事業形態を可能とする。
- 各事業を通じて、利用者のプログラム等に基づく活動に伴い生じる収益について、自立支援意欲を高める観点から、利用者に還元する仕組み(工賃の支払い等)を確保する。
- 既存のデイサービス事業のうち、憩い、生きがい等を中心とした事業は、効果的かつ柔軟なサービス提供が行えるよう個別給付ではなく地域生活支援事業の一類型と位置づける。
- 入所施設については、新たな居住支援の体系に移行するものを除き、障害者支援施設として位置づけ、生活療養・生活福祉、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援の事業を選択する仕組みとする。障害者支援施設の利用者は、当該施設以外の施設等が提供する通所型の事業を利用できるものとする。この新たな施設の設置主体に対しては、利用者の権利擁護の観点から、通所による事業者より、厳しい規制の下に置くものとする。
- 障害者支援施設は地域に開かれたものとするため、選択した事業に係る要件を満たせば、入所者だけではなく地域の障害者も利用を可能とする。

(居住支援サービスの再編)

- 居住支援サービスは、障害者支援施設、障害者ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム、居住サポート事業の5類型とし、個別給付又は地域生活支援事業の対象とする。



- 障害者ケアホームは、日中は各種通所事業を利用する重度の障害者等を対象に夜間や休日等のケアを提供する事業とする。
- グループホームは、日中は就労や生活訓練、就労移行支援等の通所事業を利用する障害者を対象に日常生活上の世話等を行う事業とし、福祉ホームは障害者に住居を提供する施設とする。

- 居住サポート事業は、障害者の一般住宅への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一般住居提供者等のニーズに対応する等の入居を支援する事業であり、障害保健福祉圏域ごとに体制整備を進める。
- 地域の居住支援サービスの充実と併せて、公営住宅等の一層の活用に向けた枠組みについて、厚生労働省と国土交通省との間で検討し早急に結論を得る。

3) 権利擁護の推進とサービスの質の向上

- 相談支援体制の整備と併せて、障害者の権利擁護を推進するための体制整備を進める。
- 施設設置者、事業者等に対し、当該事業に係る主要な情報を施設内掲示等を行うこと、入所期間、退所者の状況や就労の実績などについて機能別の標準的なサービス評価基準に基づき、定期的に自己評価を行うことを義務化する。
- 障害者関係施設、事業に係る第三者による評価の仕組みを計画的に整備する。

4) 新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入

- 現行の精神障害者社会復帰施設、福祉工場(身体、知的)の報酬については、施設単位の報酬支払方式となっているが、サービスの質と効率性の向上、制度の公平を図る観点から、施設ごとの努力・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。
- 個別給付の報酬体系も、総合的な自立支援システムの体系化による施設・事業の再編に基づき、それぞれの機能ごとに評価する仕組みとし、具体的には、次のような視点から評価を進める。また、通過することを前提とした一定の種類の施設・事業については、支給期間の有期化、評価に基づく更新制等を導入する。
 - 障害者介護給付 : 事業類型、障害程度等
 - 自立支援給付 : 事業類型、事業実績等
 ※ 例えば、障害者支援施設に入所して、標準期間内で自立訓練型のサービスを受ける重度の障害者については、障害者介護給付として、基礎部分(ケア付き居住支援)の給付を受け、自立支援給付として、事業実績等に応じた自立訓練に係る給付を受けることとなる。
- 施設や事業に関する報酬については、適切にコストを反映させる観点から、定期的に経営実態調査を行い、適宜、見直しを行うルールを確立する。

(2)ライフステージに応じたサービス提供

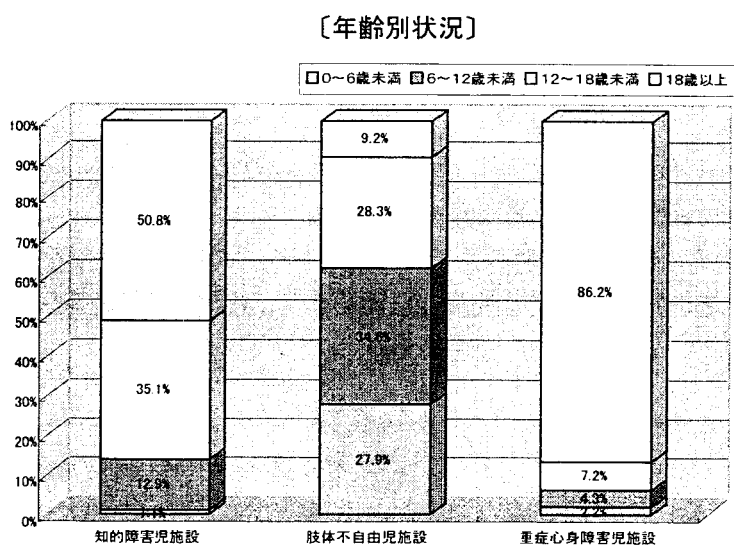
【政策目標】

- 就労等による社会貢献・自己実現を図る青壮年層の就労支援を進めるため、再編された施設・事業のサービス体系の下、「雇用施策と連携」を図りつつ、個々人の適性を踏まえ明確な目標を持った計画的な取り組みに基づき計画的に就労につなげる体制を確立する。
- 常時医療のニーズも高い又は強度の行動障害がある極めて重度の障害者については、対象者を明確にし、適切な処遇を確保する。
- 障害児についても、適切な発達を促していくため、教育と連携を図りつつ「発達支援・育児支援システム」を、障害者と同様に体系的に整備することが必要である。このため、既存の施設、事業を再編し、ニーズに適合した効果的・効率的なサービス体系を確立する。

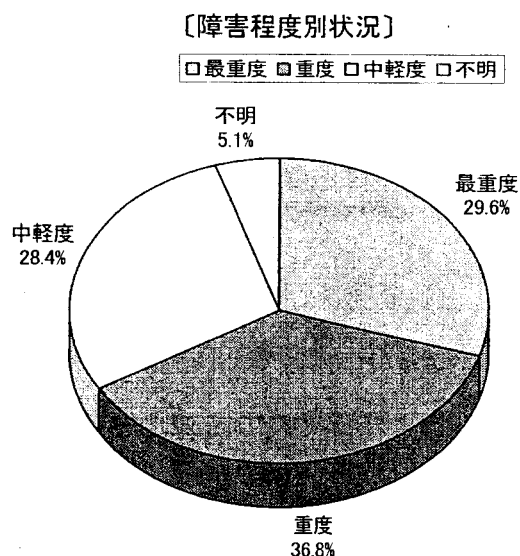
<主な課題>

- ・ 雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施
- ・ 極めて重度の障害者に対するサービスの確保
- ・ 障害児施設、事業のサービス体系の見直し

<児童施設入所者の状態>



【資料出所】 社会福祉施設等調査（平成 14 年）



【資料出所】 平成 15 年度全国知的障害児施設実態調査
（（財）日本知的障害者福祉協会）

【見直しの具体的な内容】

1) 雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施

- 既存の授産施設、更生施設等を、就労移行支援事業、要支援障害者雇用事業等に再編し、雇用施策との連携を強化することにより、障害者の意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択できるような支援体制を確立する。

就労移行支援事業：

企業等での就労へ円滑に移行するという明確な目的のために期間を定めた効果的な支援を行うことを基本的な特徴とし、施設外授産や職場適応訓練等の効果的な活用を図るプログラムを導入する。

要支援障害者雇用事業：

運営主体が障害者と雇用関係を結び継続的な就労を前提とすることを基本的な特徴とするが、既存の福祉工場と異なり、障害者以外の者の雇用を可能とすること、職員・設備等の必置規制を緩和すること等を進める。

- 就労移行支援事業については、障害者就業・生活支援センターとの併設を積極的に進める。
- 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体制を充実し、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。あわせて、市町村が公共職業安定所と連携を図り、地域で生活する障害者の就労支援を進めるよう、その責務を明確にする。
- 雇用部門と福祉部門が共通で活用できる雇用・就業に向けた職業評価手法を検討する。

2) 極めて重度の障害者に対するサービスの確保

- 常時医療のニーズも高い又は強度の行動障害がある極めて重度の障害者については、そのニーズに応じ複数のサービスを包括的に提供できる仕組みを設ける。
- 上記に該当する極めて重度の障害者は、障害者施設体系の見直し(精神は病床の機能分化)を通して、入所・入院中も障害状態に応じた適切な処遇を受けられるようにする。その際、疾患等により取り扱いが異なっている現状を改め、公平な入所・入院処遇の確保を図る。

3) 障害児施設、事業のサービス体系の見直し

- 障害児施設に係る事務の実施主体を見直す際に併せて、障害児施設について、障害者の施設体系の見直しに準じて、既存の施設を生活療養施設型、機能訓練型、子育て支援型等に再編する。この場合、被虐待等の権利擁護が必要な場合に対応できる機能も確保する。
- また、施設の再編と併せて、障害者と同様に、個別給付の他、障害児の特性に合った地域生活支援事業を整備する。
- 年齢が18歳を超えて入所している者については、現在、児童福祉法に基づきサービスの提供を受けているが、今回の障害者の施設、事業体系の見直しにあわせて、障害者として、当該施設等でサービスを受けることを可能とし、費用を支弁する仕組みとする。

(3)良質な精神医療の効率的な提供

【政策目標】

○ 各都道府県の10年後の平均残存率(1年未満群)、退院率(1年以上群)を概ね現在の全国3位又は5位の平均値相当とすることにより、「今後10年間で約7万床相当の病床数の減少」を促す。

※ 具体的な目標値は、平均残存率24%、退院率29%

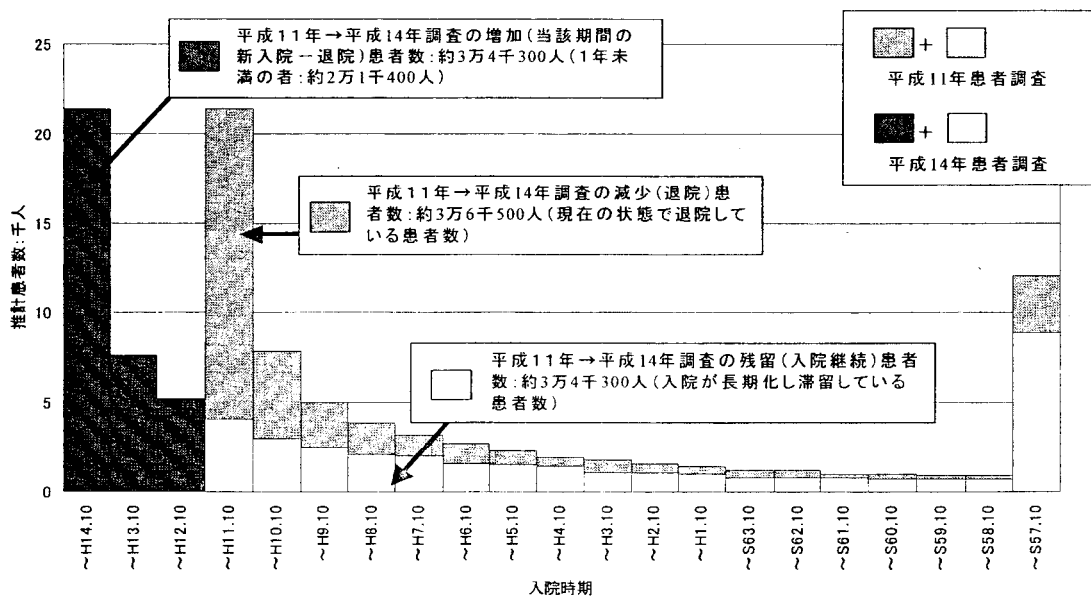
○ 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者の QOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、「病床の機能分化」を図り、良質な精神医療を効率的に提供する体制を整備する。

○ 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、「医療と地域生活支援体制の協働」の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促進する。

<主な課題>

- ・ 精神病床の機能分化の促進と地域医療体制の整備
- ・ 入院患者の適切な処遇の確保
- ・ 精神医療の透明性の向上

<受入条件が整えば退院可能な者の推移>



【資料出所】 患者調査 (平成11年・平成14年)

【見直しの具体的な内容】

1) 患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進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。このため、各機能別の人員配置、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。
- 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。また、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。
- 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。
- 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。

2) 入院患者の適切な処遇の確保

- 措置入院を受け入れる病院について、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。また、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等を進める。
- 医療保護入院について、定期病状報告の様式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。また、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報告を求められることができる仕組みを導入する。
- 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。
- 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かか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導入を図る。

3) 精神医療の透明性の向上

- 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を進める。
- 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推進する。

Ⅲ 法改正に向けて

【基本的な考え方】

- 各障害者共通の自立支援のための給付・サービス体系や利用者負担体系、財政システムの整備や、各障害別の課題（統合失調症への名称変更など）等に対応するために、次期通常国会に法案を提出すべく関係機関等と調整を進める。なお、被虐待障害児の措置権の問題等もある障害児関係の一部事項については、概ね5年後の施行を目途に、社会保障審議会障害者部会等で引き続き検討し概ね3年以内に結論を得る。
- この場合、福祉サービスに係る共通部分については、障害者施策を総合的に進める視点のほか、制度運用の整合性の確保、制度に関わる者の事務負担の軽減、財政の有効活用等の観点から、現行の各障害別の法律を個別に改正するのではなく新たな共通の法的枠組みを導入する可能性について検討する。
- 各障害に共通の給付・サービス体系等に係る介護保険制度との関係については、年内に結論を得て、必要な内容を法改正に反映する。

【具体的な法律構成のイメージ】

身体	知的	精神	障害児
更生医療 身体障害者 更生相談所 その他	知的障害者 更生相談所 その他	統合失調症への 名称変更 精神通院公費 精神保健福祉センター その他	育成医療 その他
福祉サービスに係る共通課題 ① 給付等の体系、施設・サービス体系 （障害児は概ね5年後の施行を目途に3年以内に結論を得る） ② 上記に係る事業指定、指導監督等の事務執行体制 ③ 利用者負担の体系、国・都道府県の補助制度の仕組み ④ その他			
介護保険との関係 （保険給付の優先適用範囲）			

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8

**平成20年度
障害保健福祉関係予算の概要**

厚生労働省 障害保健福祉部

～平成20年度予算～

平成19年度予算額	9,094億円
平成20年度予算額	9,700億円
対前年度増加額	606億円
対前年度伸率	6.7%増

(参考)

障害福祉サービス関係費

(19年度予算)	(20年度予算)	(増減)	(伸率)
4,873億円	→ 5,345億円	+472億円	(9.7%増)

— 主要事項 —

1 障害者の自立生活を支援するための施策の推進

	(19年度予算)	(20年度予算)	(増減)	(伸率)
○ 自立支援給付(福祉サービス)	4,473億円	→ 4,945億円	+472億円	(10.6%増)
○ 地域生活支援事業	400億円	→ 400億円	±0億円	
○ 自立支援医療(公費負担医療)	1,313億円	→ 1,414億円	+101億円	(7.7%増)

2 精神障害者の地域移行を支援するための施策の推進

- 精神障害者地域移行支援特別対策事業（新規） 17億円
- 精神科救急医療体制整備事業
15億円 → 17億円 +2億円（13.3%増）
- 認知症疾患医療センター運営事業（新規） 1.9億円

3 障害者の就労を支援するための施策の推進

- 工賃倍増5か年計画支援事業
5億円 → 16億円 +11億円（220%増）

4 発達障害者支援施策の推進

- 障害保健福祉関係
8億円 → 8.4億円 +0.4億円（5.0%増）
- ※ 厚生労働省全体
9.6億円 → 10.7億円 +1.1億円（11.5%増）

5 自殺対策の推進

- 障害保健福祉関係
1.7億円 → 3.8億円 +2.1億円（124%増）
- ※ 厚生労働省全体
1.2億円 → 1.4億円 +0.2億円（16.7%増）

6 その他

- グループホーム等の整備促進（新規） 30億円

障害者自立支援法の抜本的見直しに向けた緊急措置

障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けて、当事者や事業者の置かれている状況を踏まえ、特に必要な事項について緊急措置を講ずる。

「特別対策」で造成した基金の活用を含め満年度ベースで310億円 *

〔平成20年度予算〕 130億円

① 利用者負担の見直し（20年7月～） 70億円

（満年度ベースで100億円） *

- ・低所得世帯を中心とした利用者負担の軽減【障害者・障害児】
負担上限月額を現行の半額程度に引下げ
- ・軽減対象となる課税世帯の範囲の拡大【障害児】
年収約600万円未満 → 約890万円未満（3人世帯の場合）
- ・個人単位を基本とした所得段階区分への見直し【障害者】

② 事業者の経営基盤の強化（20年4月～） 30億円

（「特別対策」の基金の活用を含め180億円） *

- ・通所サービスに係る単価の引上げ
- ・入所サービスにおける入院・外泊時支援の拡充 等
- ・ほかに基金事業の活用（150億円）

③ グループホーム等の整備促進（20年度～） 30億円 *

- ・グループホーム等の施設整備に対する助成

～平成20年度予算の概要～

1 障害者の自立生活を支援するための施策の推進

(1) 良質な障害福祉サービスの確保 4,945億円

ホームヘルプ、グループホーム、就労移行支援事業等の障害福祉サービスについて、障害福祉計画に基づき、各市町村において推進を図る。

(2) 障害児施設に係る給付費等の確保 642億円

知的障害児施設等の障害児施設において、障害のある児童に対する保護・訓練を行うために必要な経費を確保する。

(3) 地域生活支援事業の着実な実施 400億円

障害者のニーズを踏まえ、移動支援や地域活動支援センターなど障害者の地域生活を支援する事業について、市町村等における事業の着実な実施及び定着を図る。

(市町村事業)

相談支援、コミュニケーション支援、日常生活用具給付等、移動支援、地域活動支援センター 等

(都道府県事業)

専門性の高い相談支援（障害者就業・生活支援センター等）、広域的支援、サービス提供者等の育成 等

(4) 障害者に対する良質かつ適切な医療の提供 1,414億円

障害者の心身の障害の状態の軽減を図るための自立支援医療（精神通院医療、更生医療（身体障害者を対象）、育成医療（身体に障害のある児童を対象））を提供する。

(5) 障害者自立支援法の着実な施行の推進

85億円

障害者自立支援法を着実に施行するために、必要な事業を推進する。

- **障害者保健福祉推進事業** **25億円**
障害者自立支援法の着実な施行のための先駆的・革新的なモデル事業に対する助成を行い、障害者に対する保健福祉サービスの一層の充実を図る。
- **障害者就労訓練設備等整備事業** **30億円**
既存の障害者施設等が就労移行支援等の新たな障害福祉サービスを実施するために必要となる設備整備等に対する助成を行う。

(6) 障害者の社会参加の促進

28億円

視覚障害者に対する点字情報等の提供、手話通訳技術の向上、ITを活用した情報バリアフリーの促進、障害者スポーツや芸術文化活動の振興等を支援し、障害者の社会参加の促進を図る。

- **北京パラリンピック競技大会派遣等事業の実施（新規）** **83百万円**
北京パラリンピック日本代表選手団の派遣及び国内強化合宿を実施する。

2 精神障害者の地域移行を支援するための施策の推進

(1) 精神障害者地域移行支援特別対策事業の創設（新規） 17億円

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行う地域移行推進員を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。

(2) 精神科救急医療体制の強化 17億円

精神障害者の地域生活を支える医療提供体制を充実させるため、24時間対応可能な情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の確保、診療所に勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築など、地域の実情に応じた精神科救急医療体制の強化を図る。

(3) 精神障害に対する国民の正しい理解の促進 86百万円

精神疾患や精神障害者に対する国民の正しい理解を促進するための普及啓発を推進する。

(4) 認知症疾患医療センター運営事業の創設（新規） 1.9億円

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターを創設し、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけ医や介護サービスとの調整を行う。

3 障害者の就労を支援するための施策の推進

福祉施設で働く障害者の工賃倍増5か年計画の取り組みの推進

16億円

福祉施設等で働く障害者の工賃水準を引き上げ、障害者が地域で自立して生活することを支援するため、都道府県が策定した「工賃倍増5か年計画」に基づき実施する事業を推進するとともに、工賃水準の向上に資するための設備投資等の借入に係る債務保証への助成を行う。

障害者の「働く場」に対する発注促進税制の創設

企業が障害者の「働く場」に対する発注を前年度より増加させた場合に、一定の期間内に取得等を行った固定資産について、一定の上限の範囲内で前年度からの発注増加額と同額の割増償却を認める。

(平成20年度から24年度までの時限措置)

4 発達障害者支援施策の推進

(1) 発達障害者への支援手法の開発や普及啓発の着実な実施

6. 3億円

発達障害者の支援手法を開発するとともに、専門家の育成や普及啓発について着実に実施する。

- 発達障害者支援開発事業の推進 5. 2億円
発達障害のある子どもの成長に沿った一貫した支援ができるよう先駆的な取組を通じて発達障害者への有効な支援手法を開発・確立する。
- 発達障害者就労支援モデル事業の創設（新規） 4.3百万円
国立身体障害者リハビリテーションセンターにおいて、青年期発達障害者の職業的自立を図るため、関係機関等と連携して就労支援モデル事業を実施する。
- 発達障害研修事業の充実 1.8百万円
各支援現場における支援内容の充実を図るため、発達障害者支援に携わる職員等に対する研修を実施する。
- 発達障害情報センター機能の充実 4.9百万円
発達障害情報センターにおいて、発達障害に関する国内外の文献、研究成果等を集積し、全国の発達障害者支援機関等への情報提供を行うとともに、発達障害に関する幅広い普及啓発活動を実施する。

(2) 発達障害者の地域支援体制の確立

2. 1億円

発達障害者の支援を実施する地域支援体制の確立を推進する。

- 発達障害者支援センター運営事業の推進 (地域生活支援事業の内数)
各都道府県・指定都市に設置する発達障害者支援センターにおいて、発達障害者やその家族などに対して、相談支援、発達支援、就労支援及び情報提供などを行う。
- 発達障害者支援体制整備事業の推進 2. 1億円
ライフステージに応じた一貫した支援を行うため、都道府県・指定都市の各圏域において、支援関係機関のネットワークを構築する。

5 自殺対策の推進

(1) うつ病等の精神疾患に関する国民の正しい理解の促進 86百万円

自殺との関係が強いとされるうつ病等の精神疾患に関する正しい理解のためのメディアを活用した広告活動、街頭キャンペーン等による普及啓発を実施する。

(2) 自殺予防に向けた人材養成の推進（新規） 1億円

うつ病の早期発見・早期治療など自殺予防に向けた人材養成を推進するために、必要な研修事業を実施する。

○ かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業の実施（新規） 98百万円
うつ病の早期発見・早期治療につなげるため、かかりつけ医に対するうつ病の診断・治療技術の向上や医療連携等に関する研修を実施する。

○ 心理職等カウンセリング技術向上研修事業の実施（新規） 4百万円
精神科医をサポートする人材を養成し、精神科医療体制を充実させるため、医療現場に従事する心理職等を対象とした専門的な研修を自殺予防総合対策センターにおいて実施する。

(3) 自殺未遂者・自殺者遺族対策事業の実施（新規） 33百万円

自殺未遂者や自殺者遺族へのケア対策のガイドラインの普及を推進するため、医療従事者に対する研修や自殺者遺族等を対象としたシンポジウムを開催する。

(4) 自殺予防総合対策センターによる情報提供等 27百万円

自殺予防総合対策センターにおいて、国内外の情報収集、Webサイトを通じた情報提供、関係団体等との連絡調整を行うとともに、関係機関の相談員に専門的な研修を実施する。

(5) 地域での効果的な自殺対策の推進

1. 3億円

地域における先進的な自殺対策の取組を検証・推進するとともに、地域精神保健従事者に対して実践的な研修を実施する。

(6) 自殺問題に関する総合的な調査研究等の推進

3億円

※他局計上分。

自殺に至った経緯を克明に解明する研究、自殺予防に係る地域介入研究、救急部門における再発防止研究等を実施する。

6 その他

(1) 障害福祉サービス提供体制の整備 142億円

- 社会福祉施設整備費（保護施設分を含む） 112億円
生活介護、自立訓練、就労移行支援等の障害者の日中活動等に係る事業所の整備を計画的に促進するため、社会福祉施設等施設整備費において、必要な経費を確保する。
- 障害者就労訓練設備等整備事業（再掲） 30億円
既存の障害者施設等が就労移行支援等の新たな障害福祉サービスを実施するために必要となる設備整備等に対する助成を行う。
- ※ うちグループホーム等の整備促進分（新規） 30億円
障害者の居住の場を確保するため、グループホーム等の整備に対する助成事業を創設する。

(2) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に関する医療提供体制の整備

149億円

※他局計上分を含む。

心神喪失者等医療観察法を適切に施行するため、引き続き、指定入院医療機関の確保を図るとともに、医療従事者等の研修を行うなど医療の提供体制の整備を推進する。

(3) 障害者に係る手当の給付 1,286億円

特別児童扶養手当、特別障害者手当等に必要な経費を確保する。