

## 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。

### 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。

### 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、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

#### 精神疾患に関する国民意識の現状

#### 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

#### 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

### 精神医療の現状

#### 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

#### 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

#### 地域生活支援体制の現状

#### 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

#### 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

##### 人材・財源配分の現状

##### 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

##### 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
	国民意識変革の達成目標	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
	精神疾患に関する国民意識の現状	4
	施策の基本的方向	4
	当面の重点施策群	4
( 2 )	精神医療体系の再編	5
	精神医療の現状	5
	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
	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
	地域生活支援体制の現状	8
	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
	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
	人材・財源配分の現状	12
	今後の基本的方向	13
	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。

## 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。

## 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

#### 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が持っている一方、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。

#### 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。

#### 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

### 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。

### 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、社会復帰期、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。

#### 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 G A F  
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

#### 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。

#### 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。

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。

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の一定の経過的な枠組みを講ずる。

### （４）精神保健医療福祉施策の基盤強化

#### 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ことから、病床当たりでは少ない数となっており、精神病床の機能分化等に応じて、各病院の人員の急性期等への再配置、精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への再配置等が課題となってくる。

一方、地域生活支援体制に係る人材については、質・量ともに不十分であり、障害種別、疾病の違い、年齢の違い等に関係なく対応できるよう福祉分野の人材の再教育や、就労支援の分野への企業関係者の参画、各種専門職の確保等が課題となってくる。

医療・福祉サービス総額で見ると、精神は、身体・知的（支援費等）の約 3 倍の資源投入量であるが、その大部分を占める精神科医療費約 2 兆円（入院時

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

#### 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。

#### 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

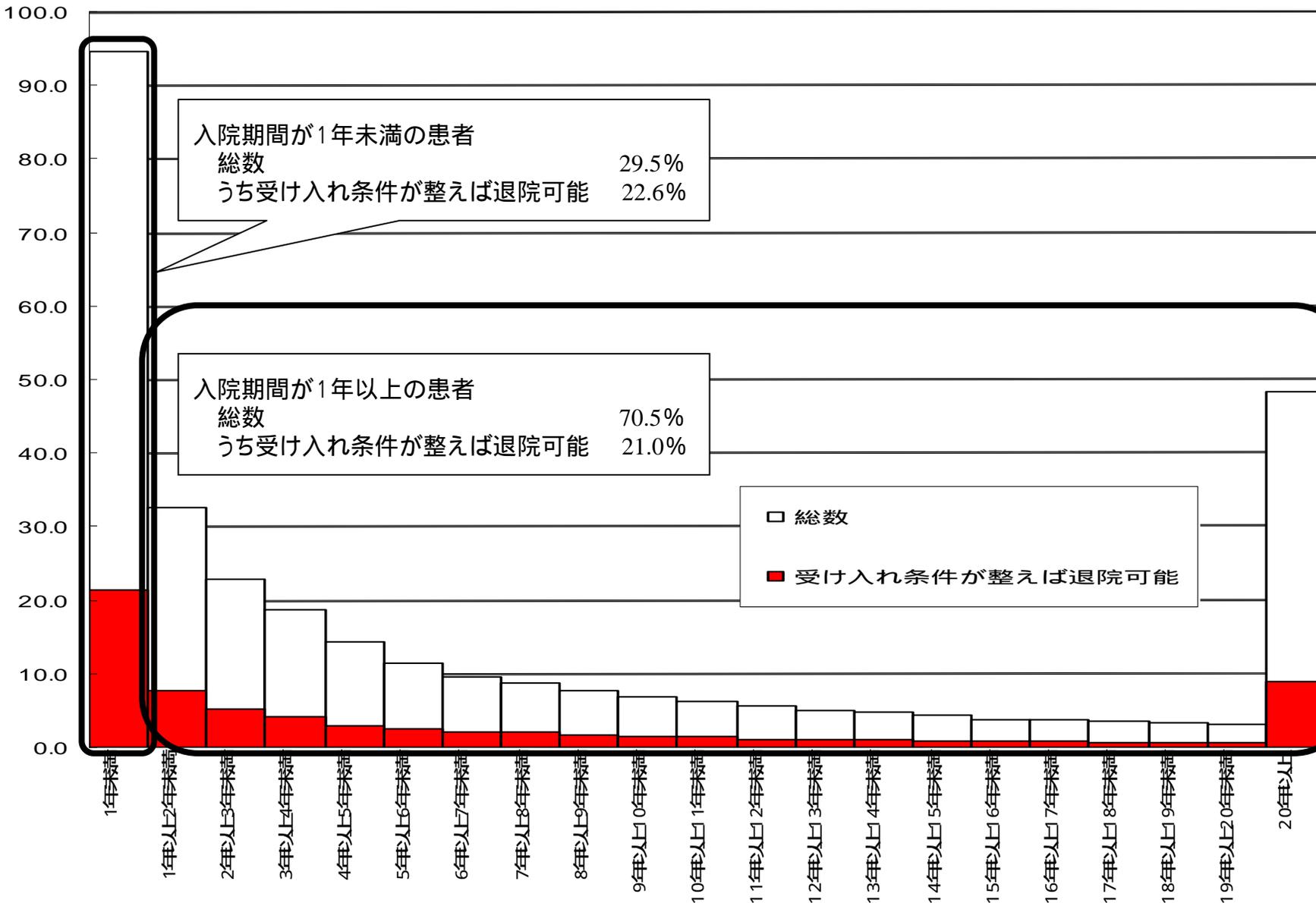
入院者数(対人口)に大きな地域間格差が生じている措置入院について、これを受け入れる病院の医療体制の見直し等による影響を見極めつつ、格差の解消策について検討し早急に結論を得る。

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。

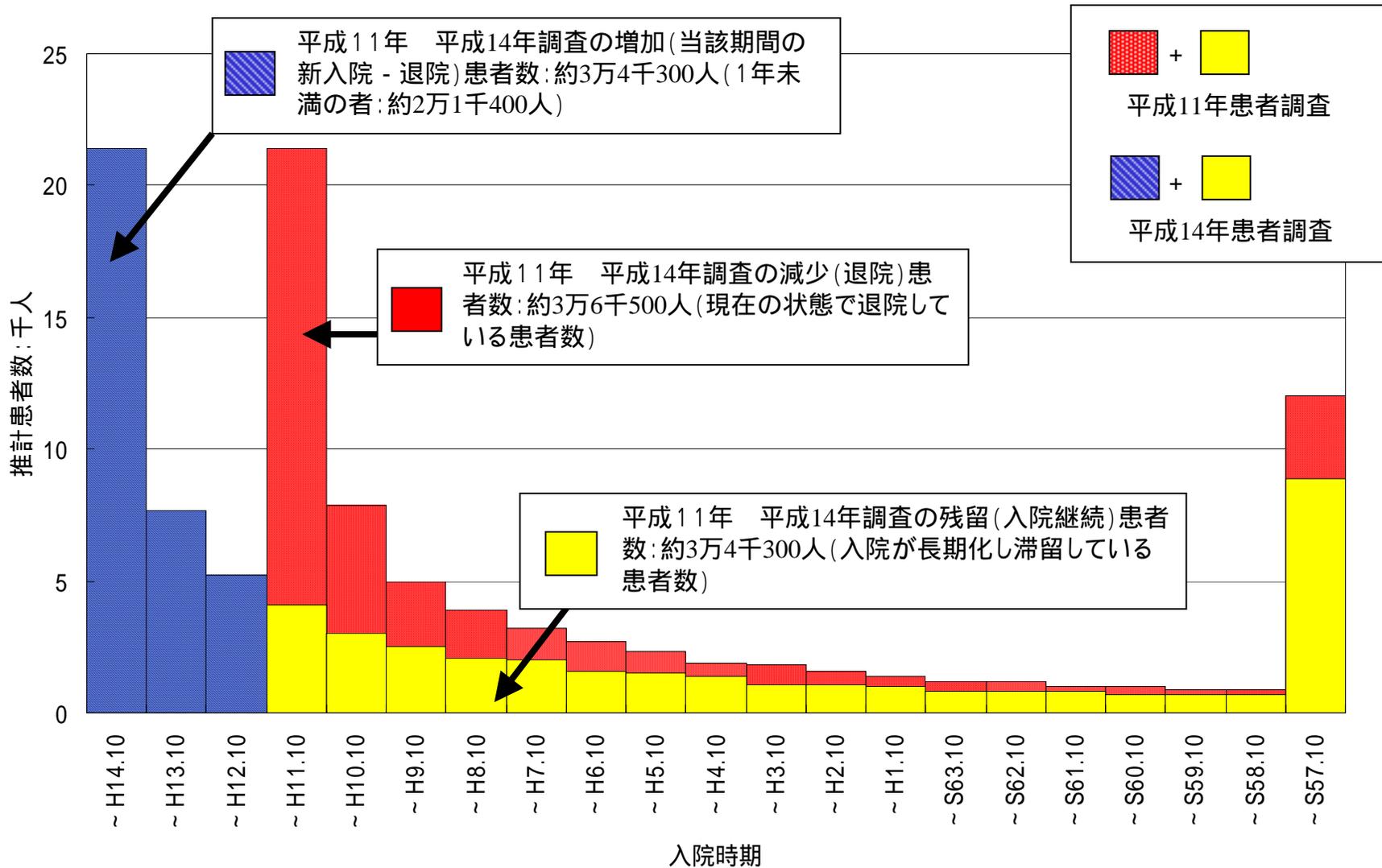
# 精神保健医療福祉の改革ビジョン (別紙)

# 入院期間別の患者数 (H14患者調査)

(千人)



### 受け入れ条件が整えば退院可能な患者数の推移

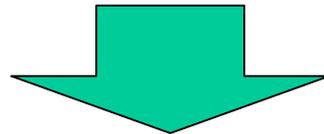


## 現状

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)

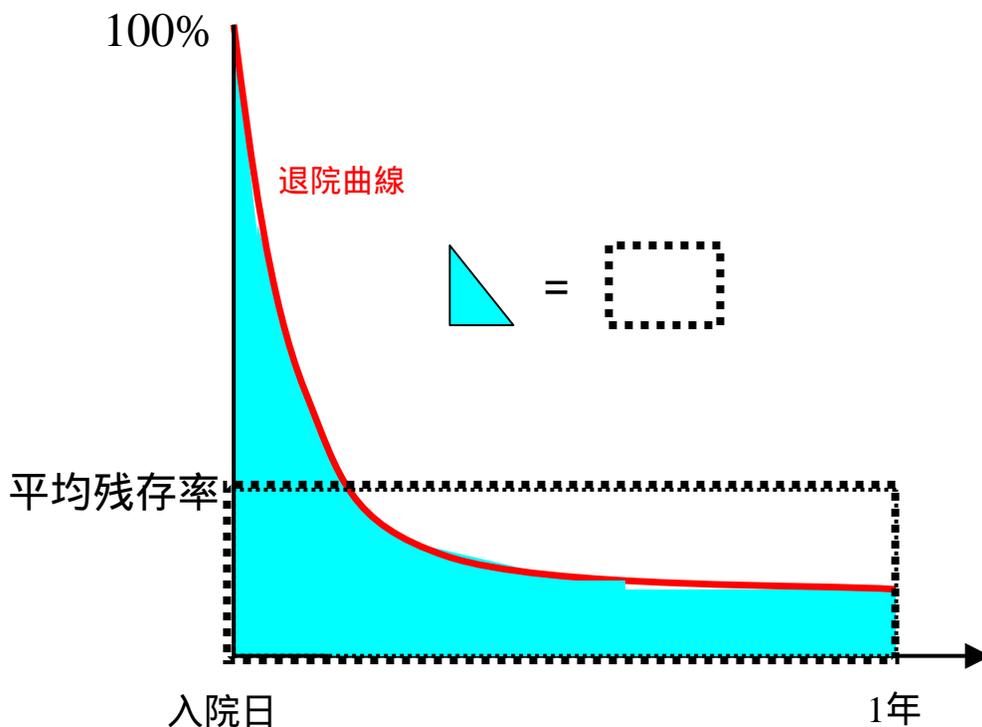


## 達成目標

「誰でも精神障害者になる可能性がある」の割合 90%

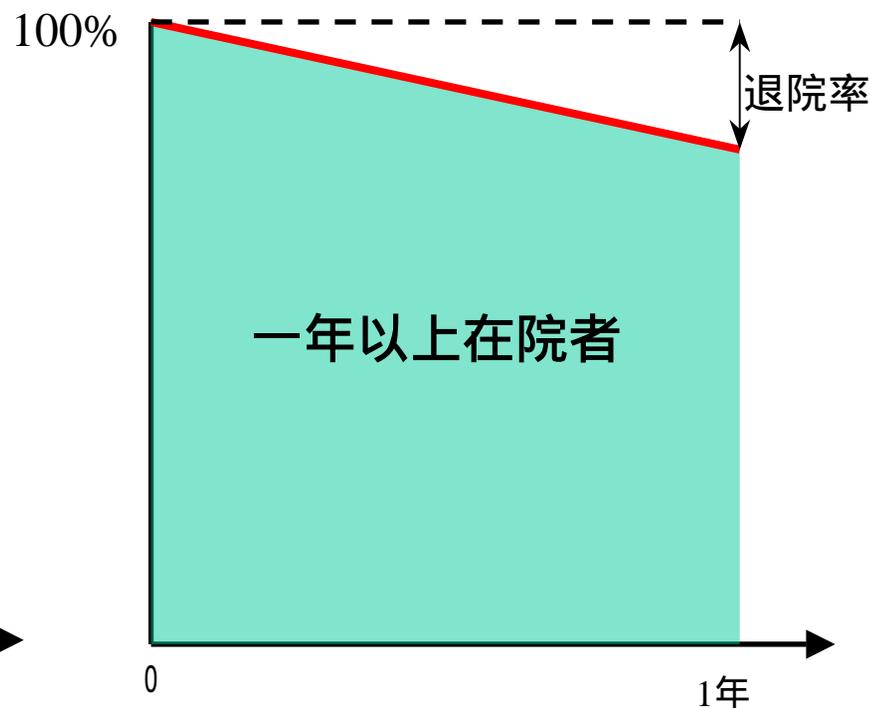
97年時点で「どちらとも言えない」と回答した層について正しい理解を得ることに加え、「そう思わない」と回答した層に対しても一定の成果を得る。

## 平均残存率 (一年未満群)



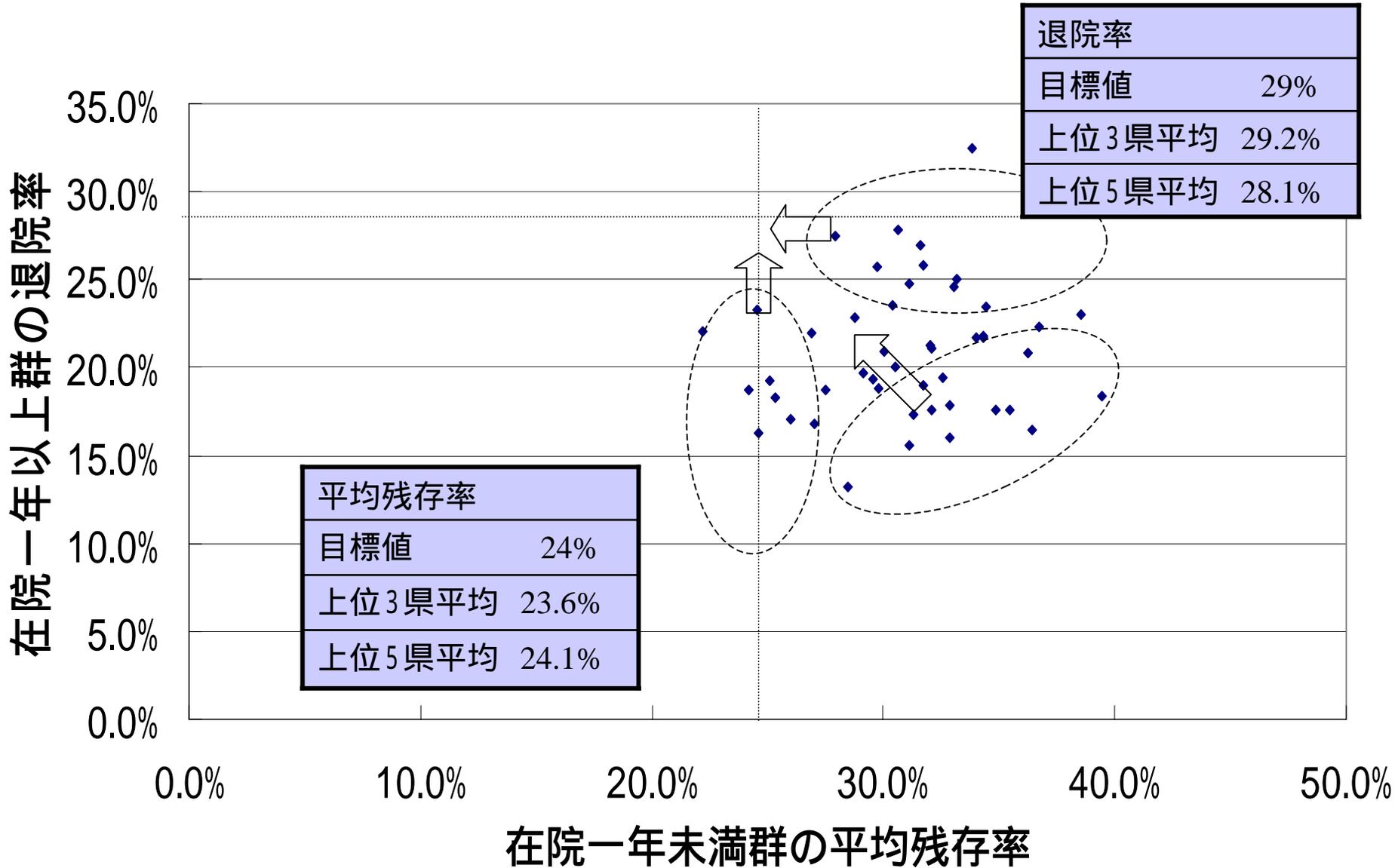
1年以内の退院(残存)曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの。  
平均残存率に毎年新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

## 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 <b>約7万床</b>
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 =  $(A B + C - D) \times F / E 1$

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

E 1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値)

・一年以上群 =  $[G(1 - H) + I - J] / E 2$

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)

E 2: 病床利用率(95%)

・加算部分  $(D / E) / 3$

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 A B 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。

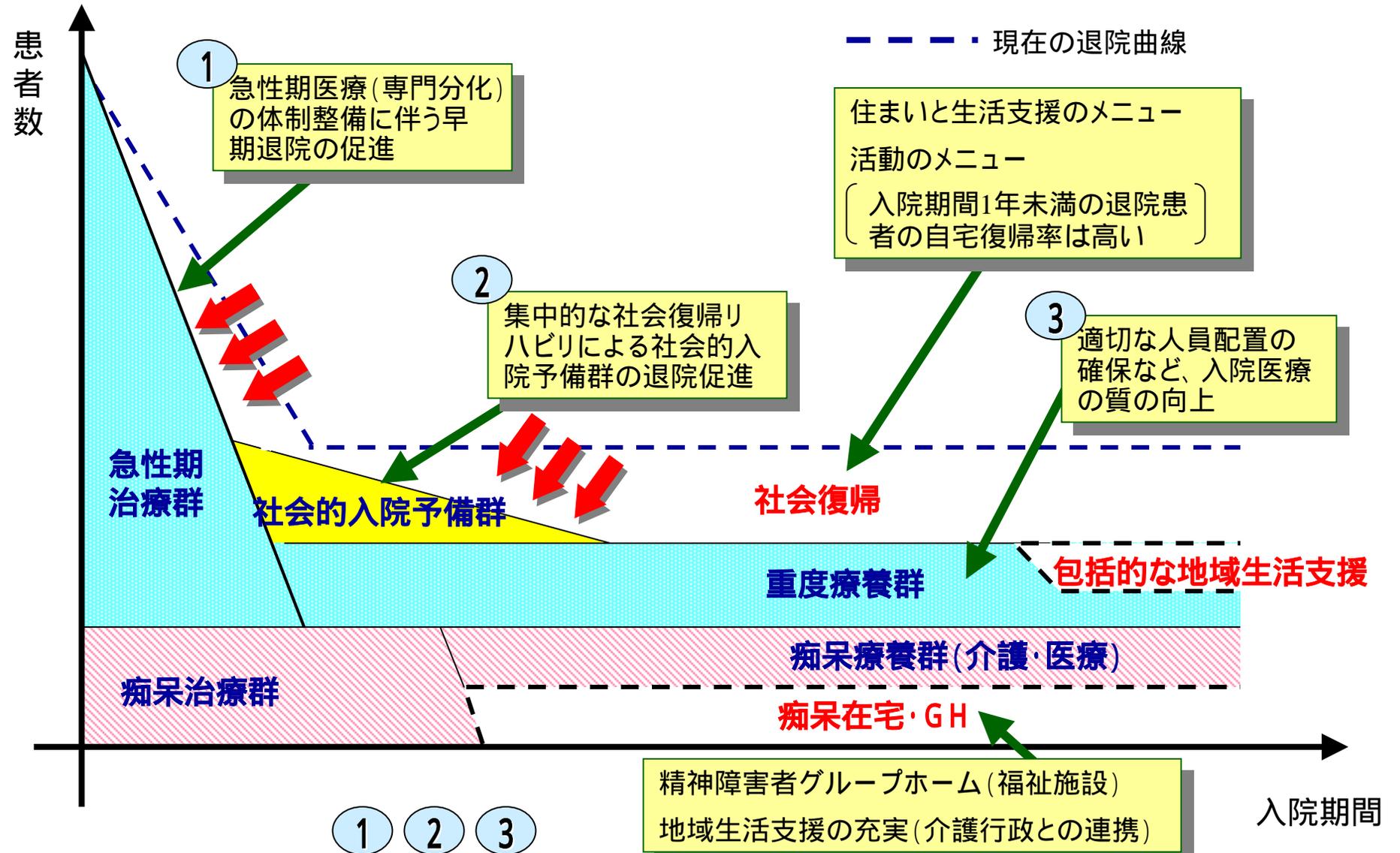
今後5年間の平均残存率等の目標値については、都道府県ごとに定められる10年後の達成目標と当該都道府県の現状値の中間値を基本とする。

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。

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

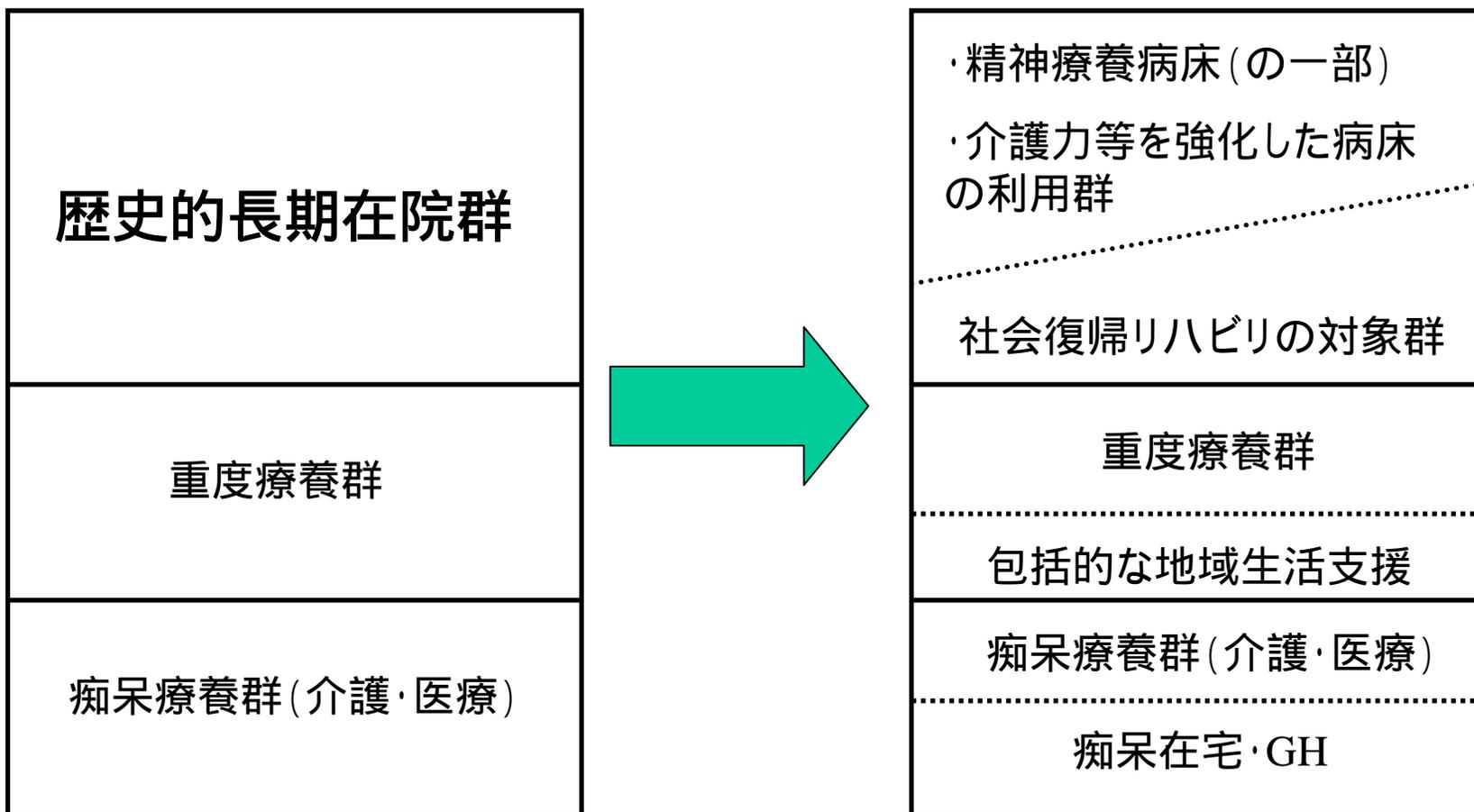
退院率(一年以上群)が全国平均を10%以上上下回る都道府県

# 病床の機能分化のイメージ



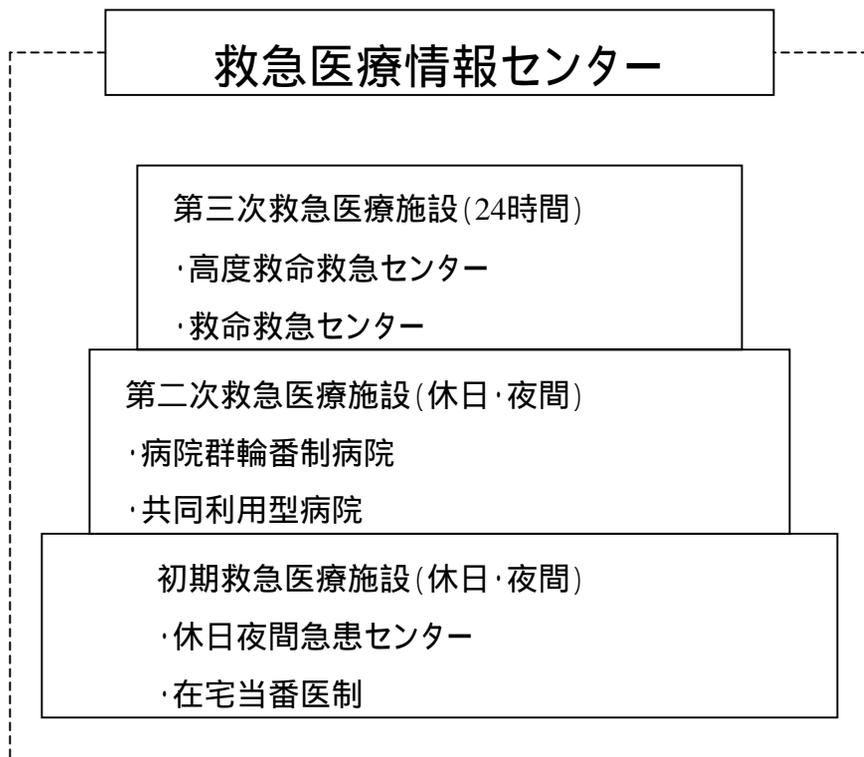
① ② ③  
は、病棟・ユニット単位で分化の促進及び評価を進めていく。

# 現在の長期入院群の将来イメージ

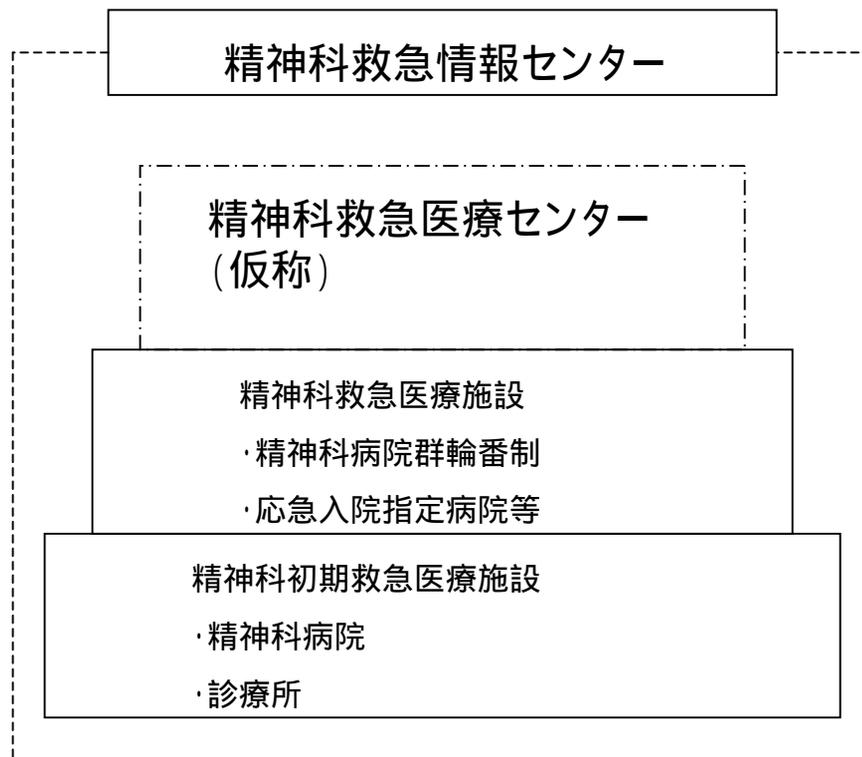


# 救急医療システムの考え方(案) (別紙12)

## 一般救急(既存)



## 精神科救急(案)

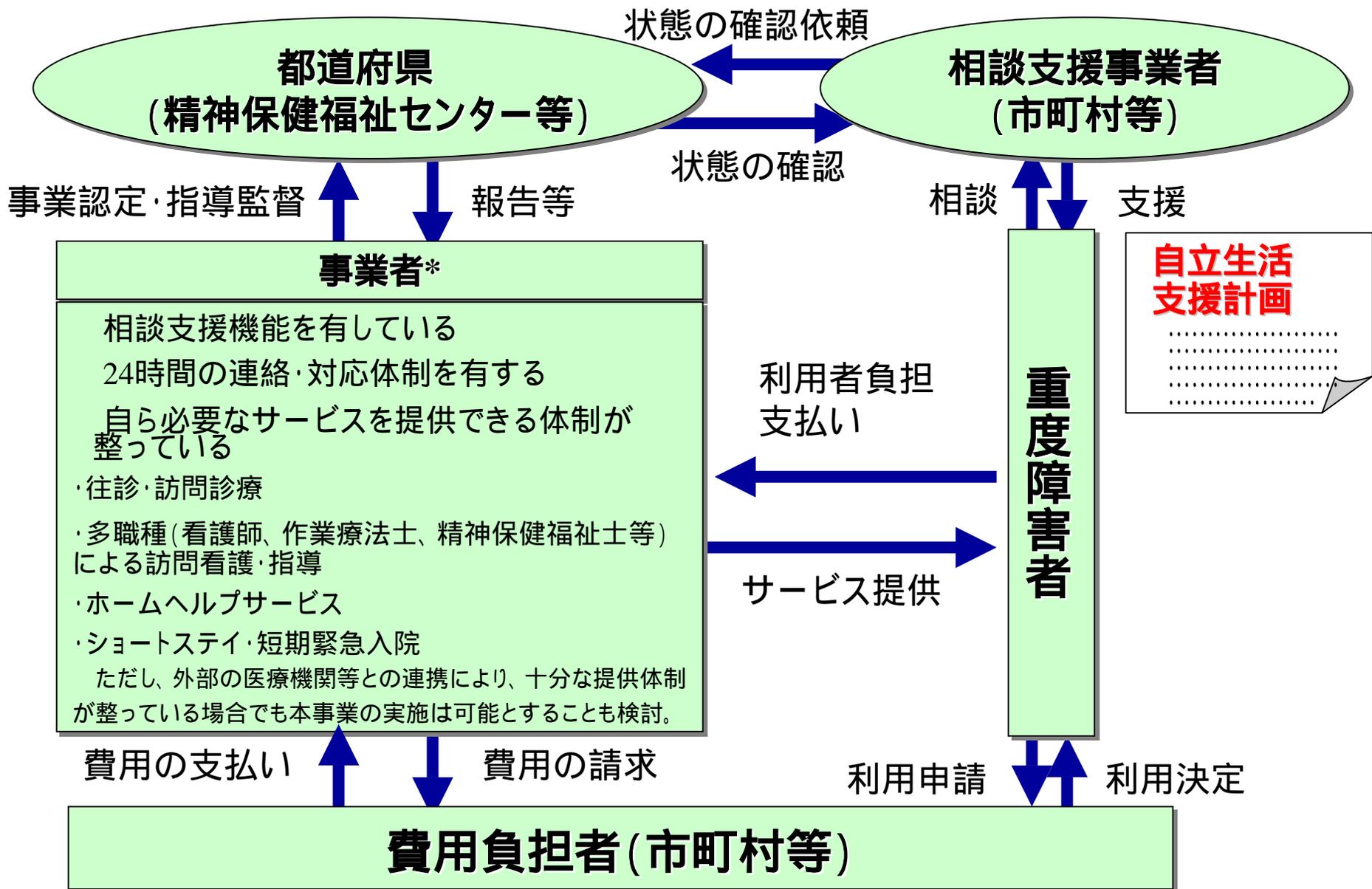


急性期については、現在の仕組みを基本としつつ、入院直後の機能の向上、ユニット制の導入等について検討する。

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

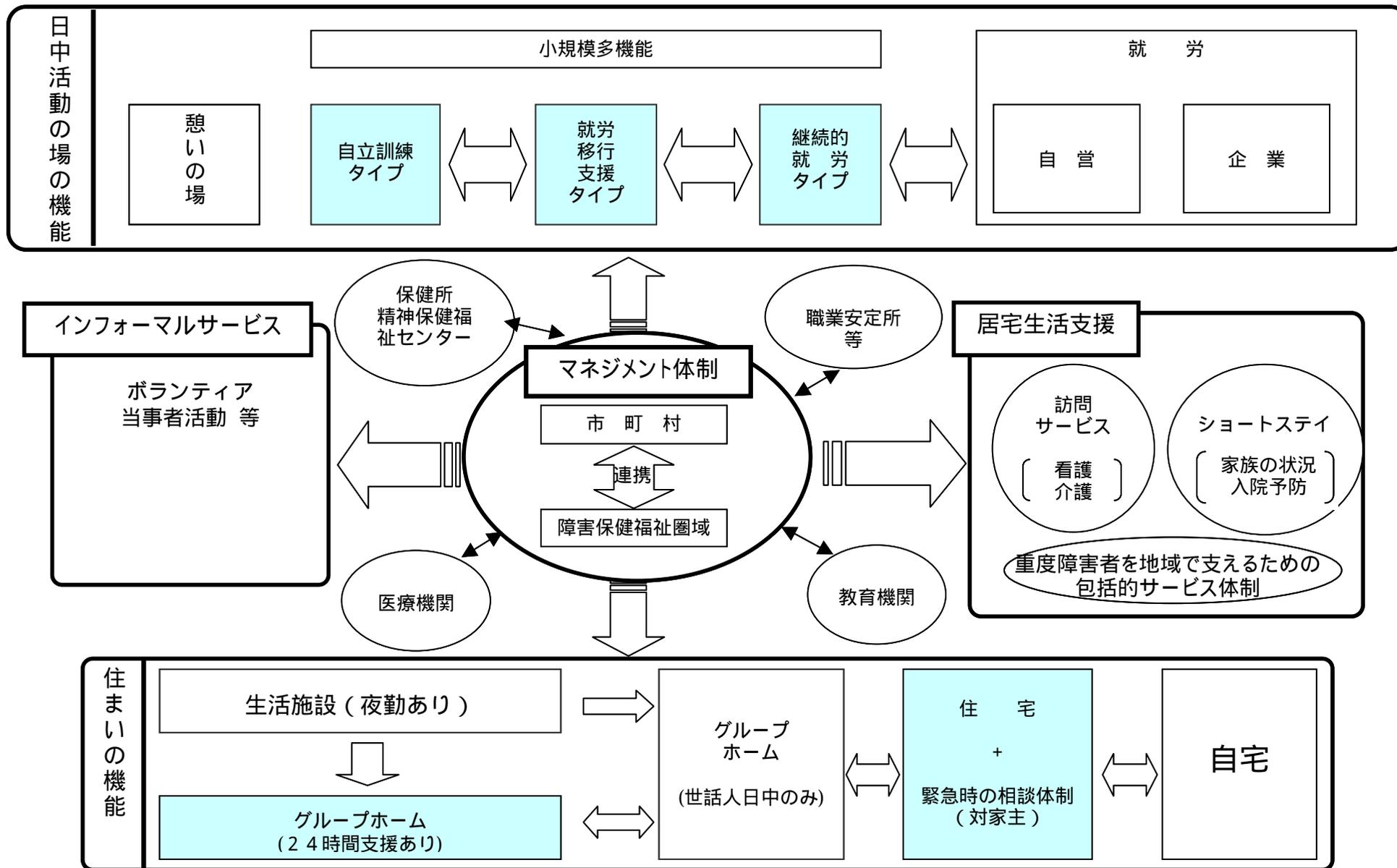
命令に従わない

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)

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。

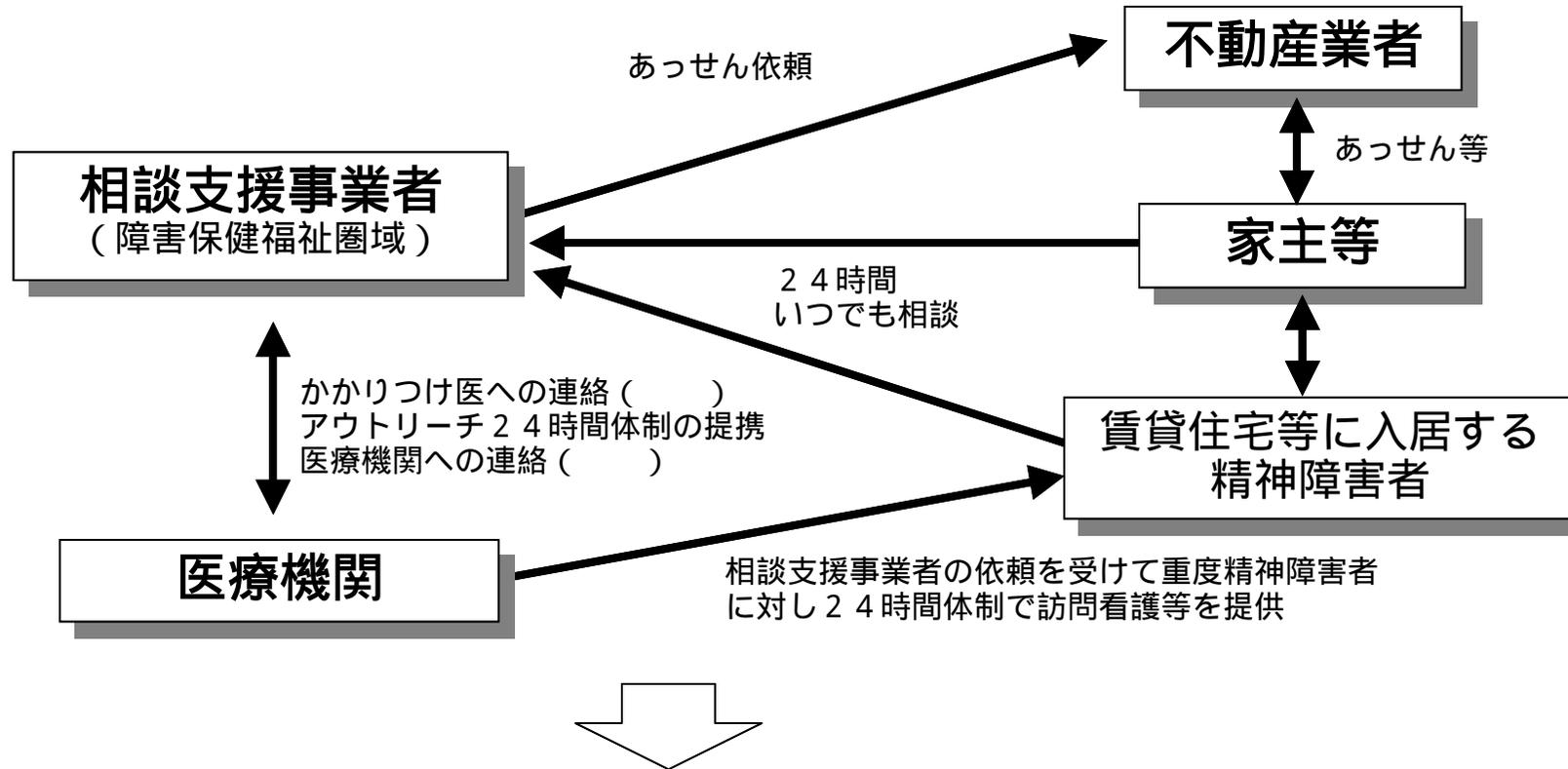
実施主体である市町村の指定に基づき、事業者は、ソーシャルワーク的業務等を実施。



## 《 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)

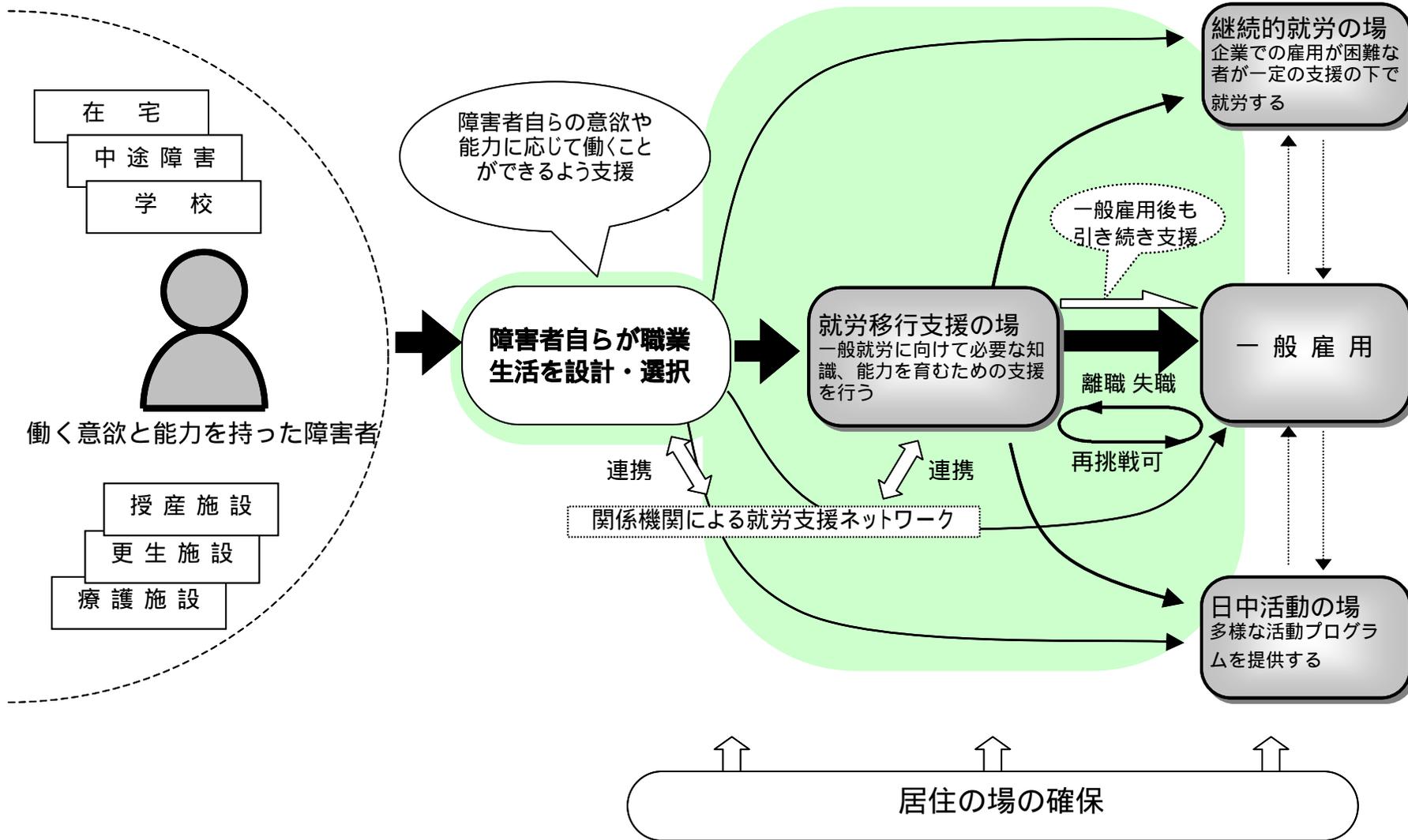


- ・ 家主・精神障害者とも安心して入居できる環境 地域生活の場（住まい）の確保
- ・ 重度精神障害者の地域生活の支援 入院から在宅への流れの促進

精神障害者相談支援事業のオプション事業（のみ又は + ）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

