

# 精神保健医療福祉の 改革の経緯

# 精神保健医療福祉施策の改革に向けたこれまでの経緯について

平成14年12月：精神保健福祉対策本部設置（本部長：大臣）

平成14年12月：  
障害者部会精神障害分会（平成14年1月～）報告書「今後の精神医療福祉施策について」取りまとめ

平成15年5月：第2回精神保健福祉対策本部  
（中間報告：精神保健福祉の改革に向けた今後の方向（案）について）

- ①普及啓発      → 正しい理解・当事者参加活動の促進
- ②精神医療改革   → 精神病床の機能強化・地域ケア・精神病床数の減少を促す
- ③地域生活の支援 → 住居・雇用・相談支援の充実

平成16年3月：  
心の健康問題の正しい理解のための  
普及啓発検討会（平成15年3月～）  
報告書取りまとめ【こころのバリアフ  
リー宣言】

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（平成15年10  
月～）最終まとめ

平成16年8月：  
精神病床等に関する検討会（平成15  
年9月～）最終まとめ

平成16年9月：第3回精神保健福祉対策本部（精神保健医療福祉の改革ビジョン）

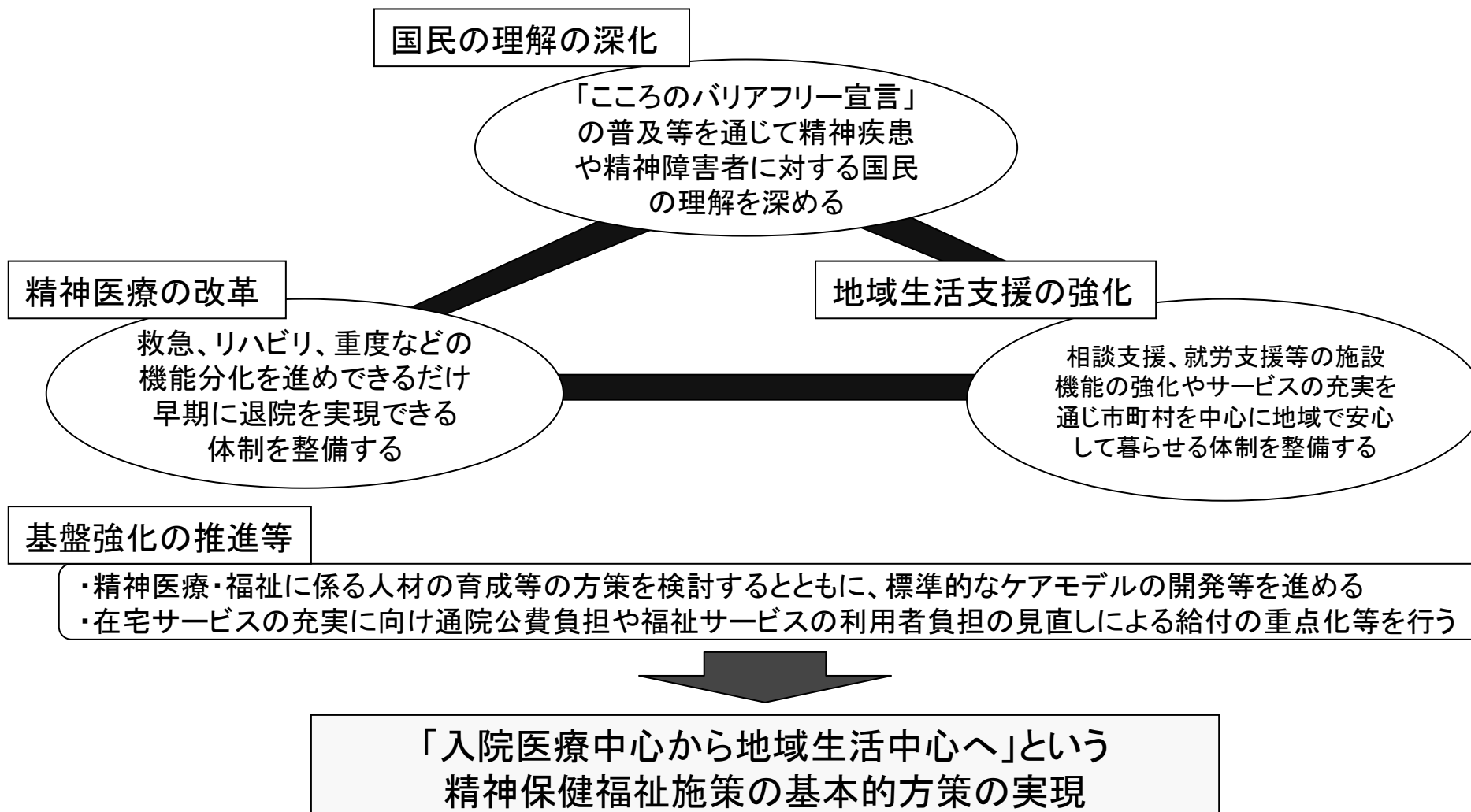
- ①国民の理解の深化・②精神医療の改革・③地域生活支援の強化
- 「入院医療中心から地域生活支援中心へ」という基本的方策の実現

平成16年10月：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）

- ・障害者自立支援法の制定
- ・医療計画における基準病床数算定式の見直し
- ・診療報酬改定

# 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、  
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

# 精神保健医療福祉の改革ビジョンと障害者自立支援法・精神保健医療の関係

## 精神保健医療福祉の改革ビジョン

地域生活支援の強化

### 【主な重点施策】

- サービス提供体制・重層的な相談支援体制の整備
- 市町村等がケアマネジメントを活用し給付決定等がなされる仕組み
- 住居提供者等のニーズに対応する体制の確保
- 精神障害者の就労支援・活動支援体制の強化

精神医療の改革

- 基準病床数の見直し
- 病床機能分化
- 適切な処遇の確保等

国民理解の深化

- 普及啓発「こころのバリアフリー宣言」

## 障害者自立支援法

- 障害者施策を三障害一元化
- サービス体系に再編・障害福祉計画によるサービス整備
- 相談支援を含むサービスの実施主体を市町村に一元化（専門的な相談支援については都道府県においても実施）
- 精神障害者退院促進支援事業→精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施
- 支給決定プロセスの透明化
- ケアマネジメントによる「サービス利用計画」、「個別支援計画」の導入
- 居住サポート事業の創設
- 就労支援の抜本的強化

## 精神保健・医療

- 医療計画における基準病床算定式の変更
- 診療報酬上の評価
- 精神保健福祉法の改正

# 「障害者自立支援法」のポイント

法律による改革

## 障害者施策を3障害一元化

現状  
・3障害(身体、知的、精神)ばらばらの制度体系(精神障害者は支援費制度の対象外)  
・実施主体は都道府県、市町村に二分化

○3障害の制度格差を解消し、精神障害者を対象に  
○市町村に実施主体を一元化し、都道府県はこれをバックアップ

## 利用者本位のサービス体系に再編

現状  
・障害種別ごとに複雑な施設・事業体系  
・入所期間の長期化などにより、本来の施設目的と利用者の実態とが乖離

○33種類に分かれた施設体系を6つの事業に再編。あわせて、「地域生活支援」「就労支援」のための事業や重度の障害者を対象としたサービスを創設  
○規制緩和を進め既存の社会資源を活用

## 就労支援の抜本的強化

現状  
・養護学校卒業者の55%は福祉施設に入所  
・就労を理由とする施設退所者はわずか1%

○新たな就労支援事業を創設  
○雇用施策との連携を強化

## 支給決定の透明化、明確化

現状  
・全国共通の利用ルール(支援の必要度を判定する客観的基準)がない  
・支給決定のプロセスが不透明

○支援の必要度に関する客観的な尺度(障害程度区分)を導入  
○審査会の意見聴取など支給決定プロセスを透明化

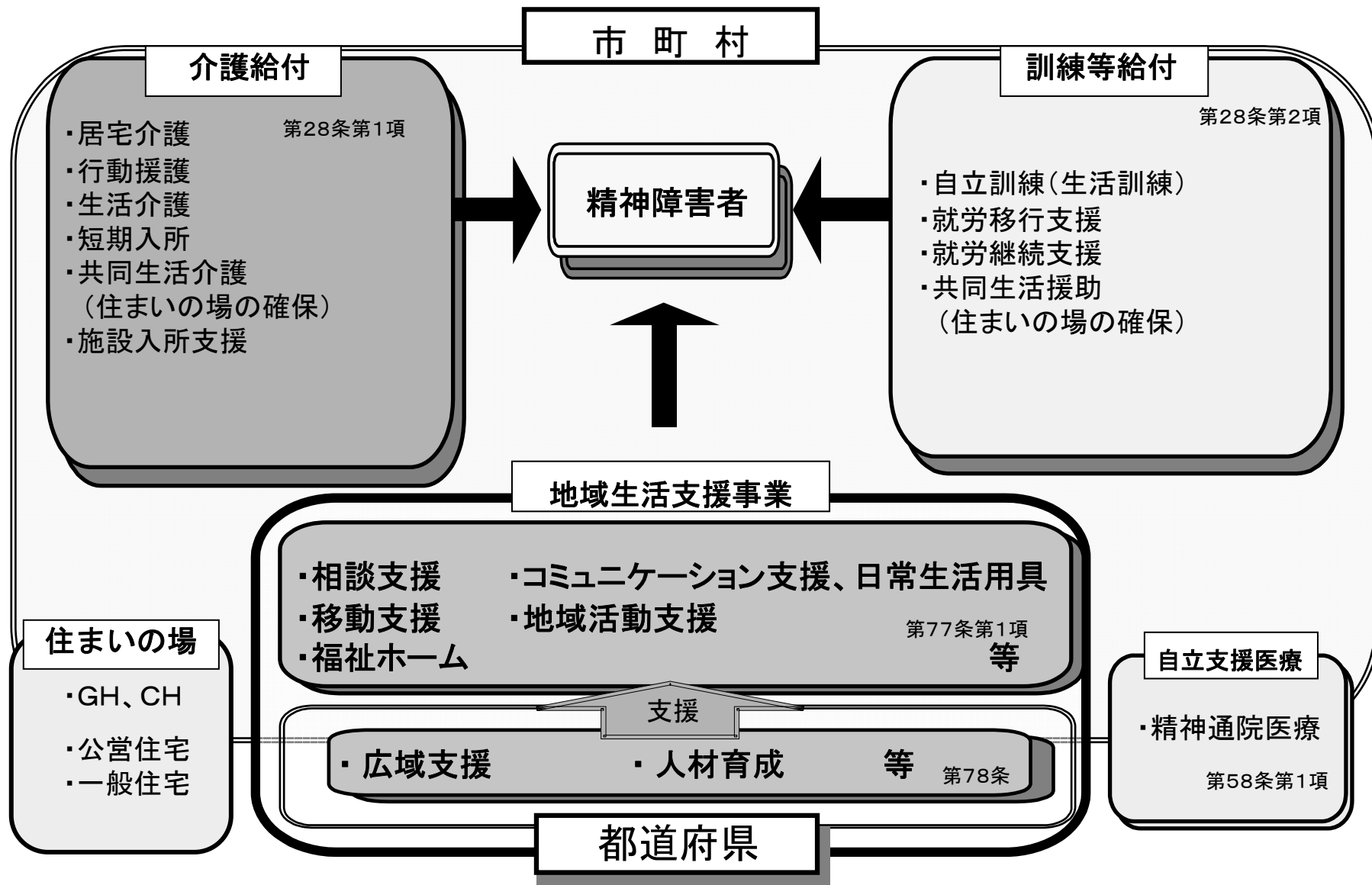
## 安定的な財源の確保

現状  
・新規利用者は急増する見込み  
・不確実な国の費用負担の仕組み

○国の費用負担の責任を強化(費用の1/2を負担)  
○利用者も応分の費用を負担し、皆で支える仕組みに

自立と共生の社会を実現  
障害者が地域で暮らせる社会に

# 精神障害者に対する支援サービス（障害者自立支援法）



# 障害福祉計画策定と精神障害者支援に係る主な視点

## ○個別給付サービスの見込みへの精神障害関連サービスの反映

介護給付、訓練等給付に係るサービスの見込みに当たっては、以下のような観点を踏まえつつ、精神障害者に係る必要量を反映したものとすることが必要。

- ・ 従来の制度下における精神障害者のサービス利用の伸び
- ・ 受入条件が整えば退院可能な精神障害者の解消に向けて、通常の伸びに加え特に必要と見込まれるサービス利用の伸び
- ・ 精神障害者社会復帰施設から新サービス体系への移行促進 など

※ 介護給付、訓練等給付の実施主体は、原則として入院・入所前に居住していた市町村。

## ○地域生活支援事業の活用による精神障害者支援

介護給付、訓練等給付に係るサービス以外にも、地域生活支援事業による支援を検討し、取組方針を計画に記載することが必要。

- 〈市町村〉 居住サポート事業、成年後見制度利用支援事業、地域活動支援センター事業による支援 など
- 〈都道府県〉 精神障害者退院促進支援事業（→平成20年度予算より、精神障害者地域移行支援特別対策事業に移行）による退院支援、障害者就業・生活支援センター事業による支援など

## ○精神障害者に係る相談支援体制の構築

障害者に係る一般的な相談支援は、障害種別を超えて横断的に市町村に一元化されることから、精神障害者に係る相談支援体制について、必要に応じて広域での共同実施等を視野に入れつつ整備することが必要。

- ・ 精神障害者に係るケアマネジメント体制
- ・ 医療と福祉の連携による退院時・後の支援など、関係機関・関係者の連携強化
- ・ 人材育成、広域調整など、都道府県による専門的、技術的支援 など

## ○精神障害に関する正しい理解の促進

障害種別を超えて福祉サービスの提供制度が一元化されることを踏まえ、他の障害と併せ、知識の普及啓発や交流等を通じて、精神障害に関する正しい理解の促進に資するための取組が重要。

障害福祉計画において、精神障害者に係るサービスの必要量とその確保方策、相談支援や居住支援など、精神障害者の退院後の地域生活・社会復帰を支える地域体制づくりを推進

# 各都道府県における障害福祉計画の全国集計結果について(抜粋)

## 入院中の退院可能精神障害者の減少目標値

(現在)

退院可能精神障害者数  
4.9万人

(平成23年度末)

減少数  
3.7万人

## 障害福祉サービス見込量の推移

(平成18年度)

訪問系  
サービス

340万(時間分)

(平成23年度)

522万(時間分)

※対18年度  
1.5倍

(平成17年度)

日中活動系  
サービス

599万(人日分)

(平成23年度)

825万(人日分)

※対17年度  
1.4倍

(平成17年度)

グループホーム  
ケアホーム

3.4万(人分)

(平成23年度)

8.0万(人分)

※対17年度  
2.4倍

(平成17年度)

施設入所系  
サービス

15.0万(人分)

(平成23年度)

13.8万(人分)

## 福祉施設から一般就労への移行

(現在:平成17年度)

年間 0.2万人

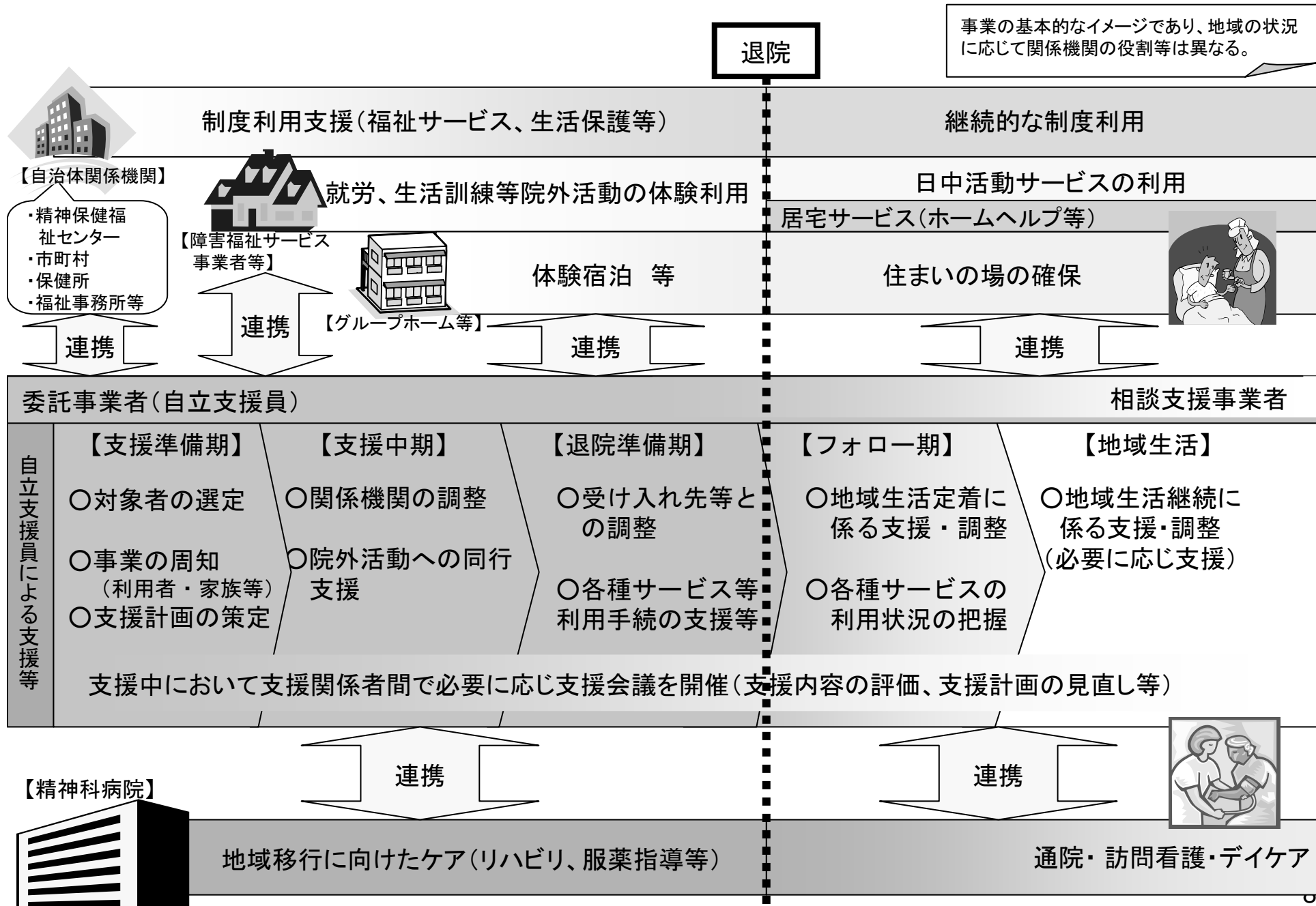
(平成23年度)

年間 0.9万人

※対17年度  
3.9倍 7



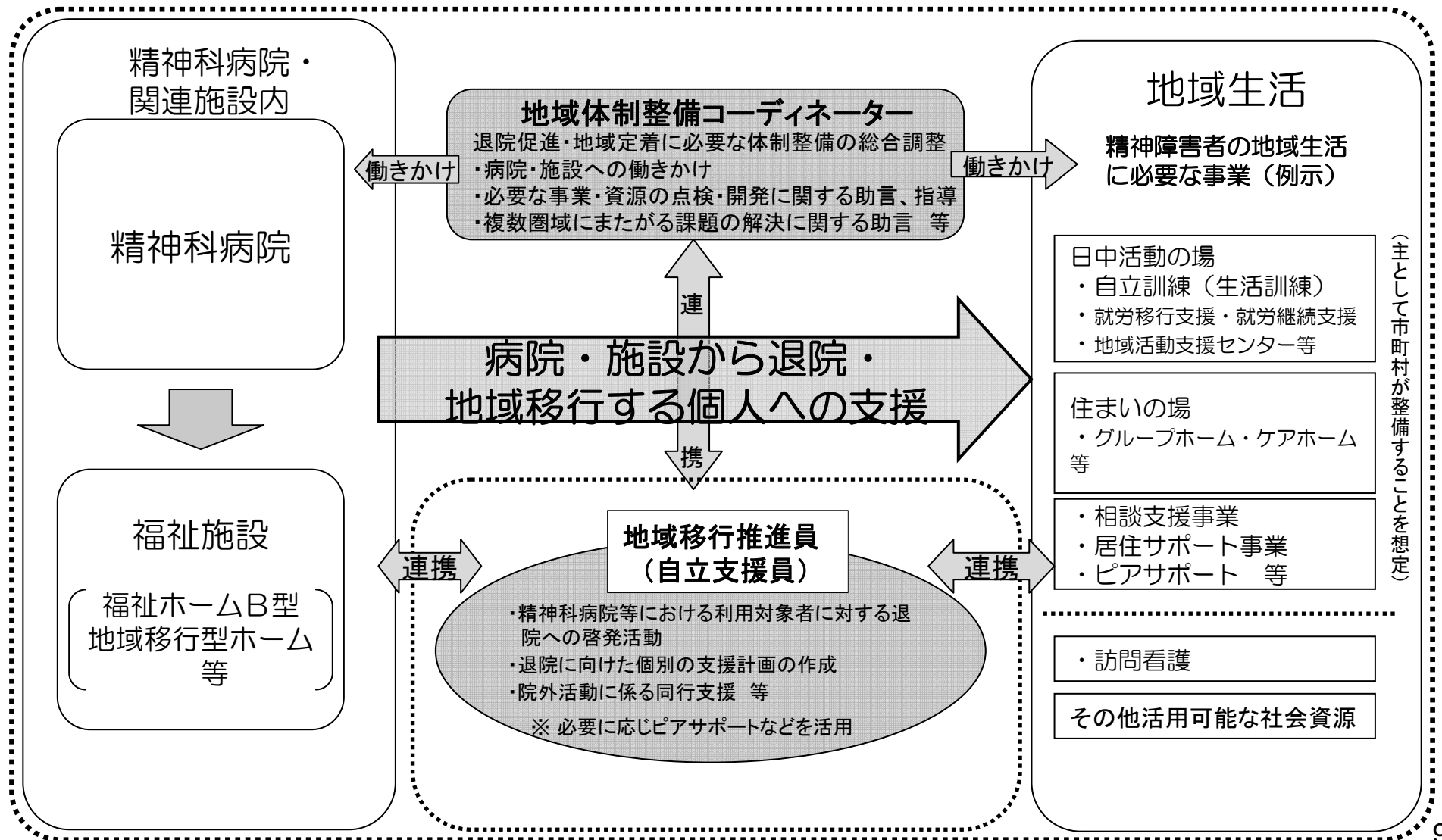
# 精神障害者退院促進支援事業の流れ(イメージ)



# 精神障害者地域移行支援特別対策事業(新規)(17億円)

## 事業の概要

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(自立支援員)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。



# 医療計画における基準病床算定式の変更

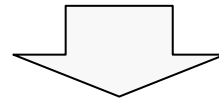
(平成18年4月)

## ◎ 従来の基準病床算定式

基本部分

基準病床数 = 区域内年齢階層別男女別住民数 × ブロック内年齢階層別男女別入院率

± 区域をまたぐ流出・流入 + 加算部分



## ◎ 新しい基準病床算定式

残存率と退院率の現在値及び目標値を算定式に組み込むことにより、現在値が目標値に近づけば基準病床数は更に下がる仕組みとなっている。この結果、算定式上ではあるが10年後(2015年)には約7万床減少する見込み。

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) = 24%

※※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) = 29%

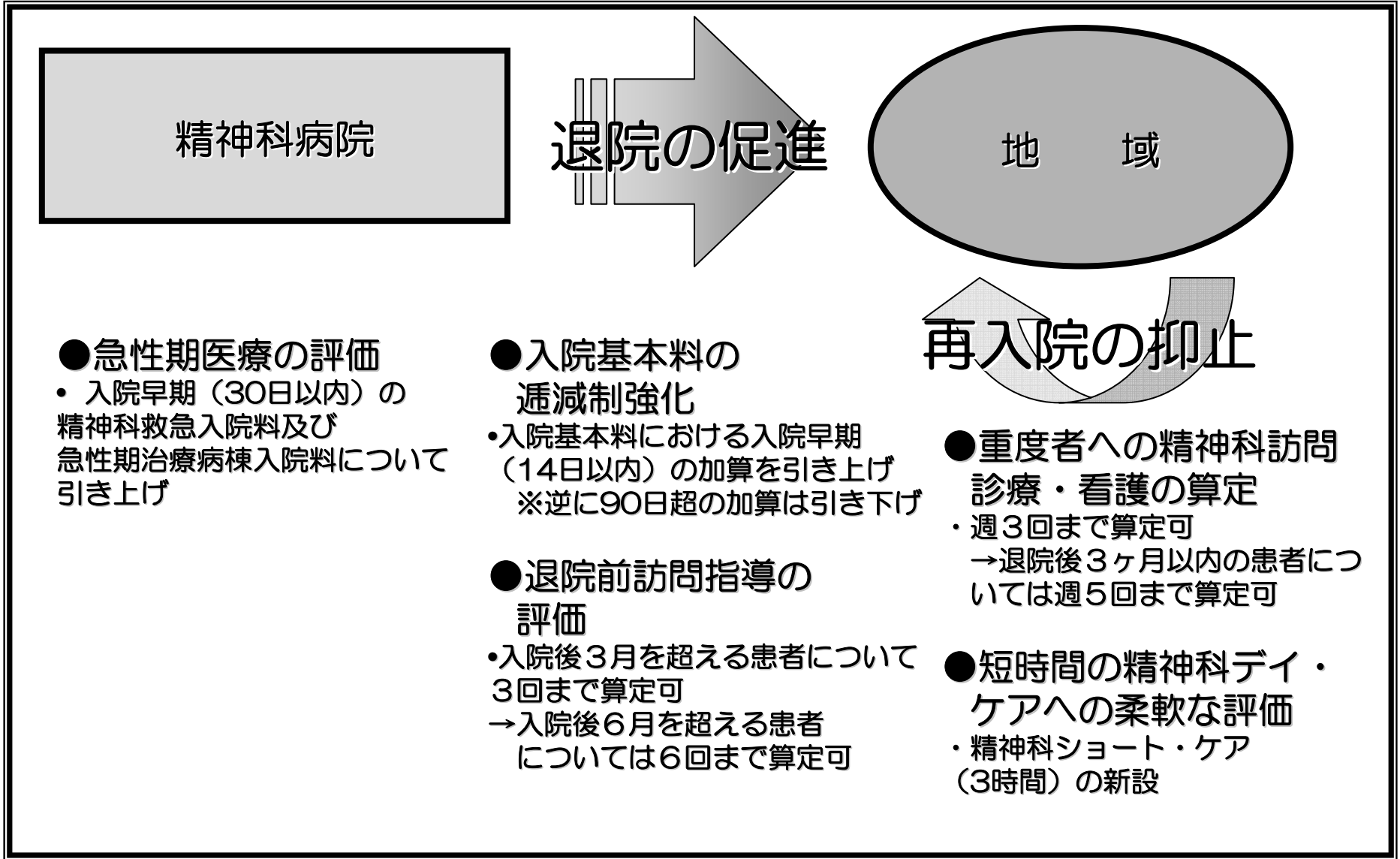
I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)

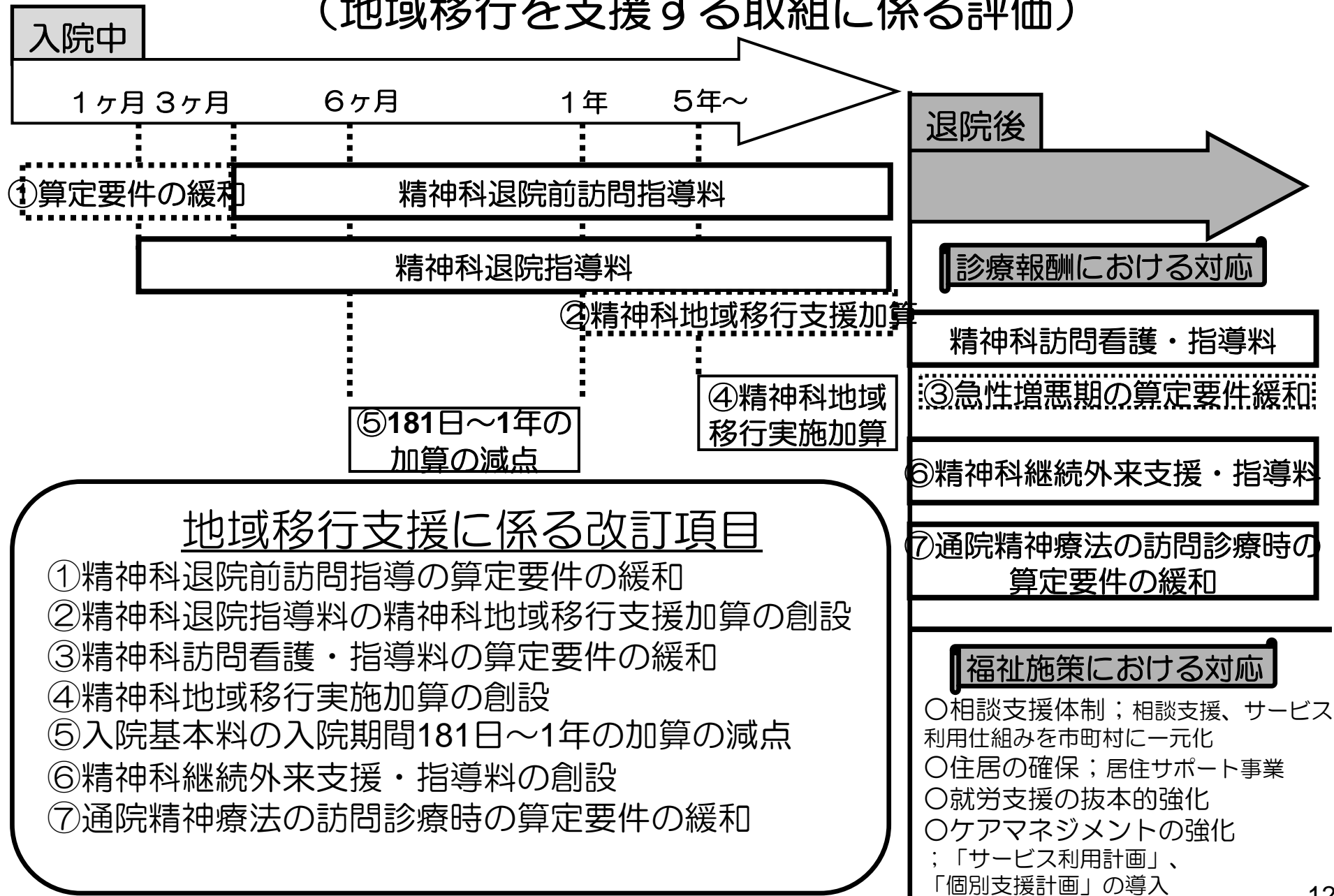
(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

# 平成18年診療報酬改定における精神医療に係る改定 (急性期医療の評価と退院の促進)



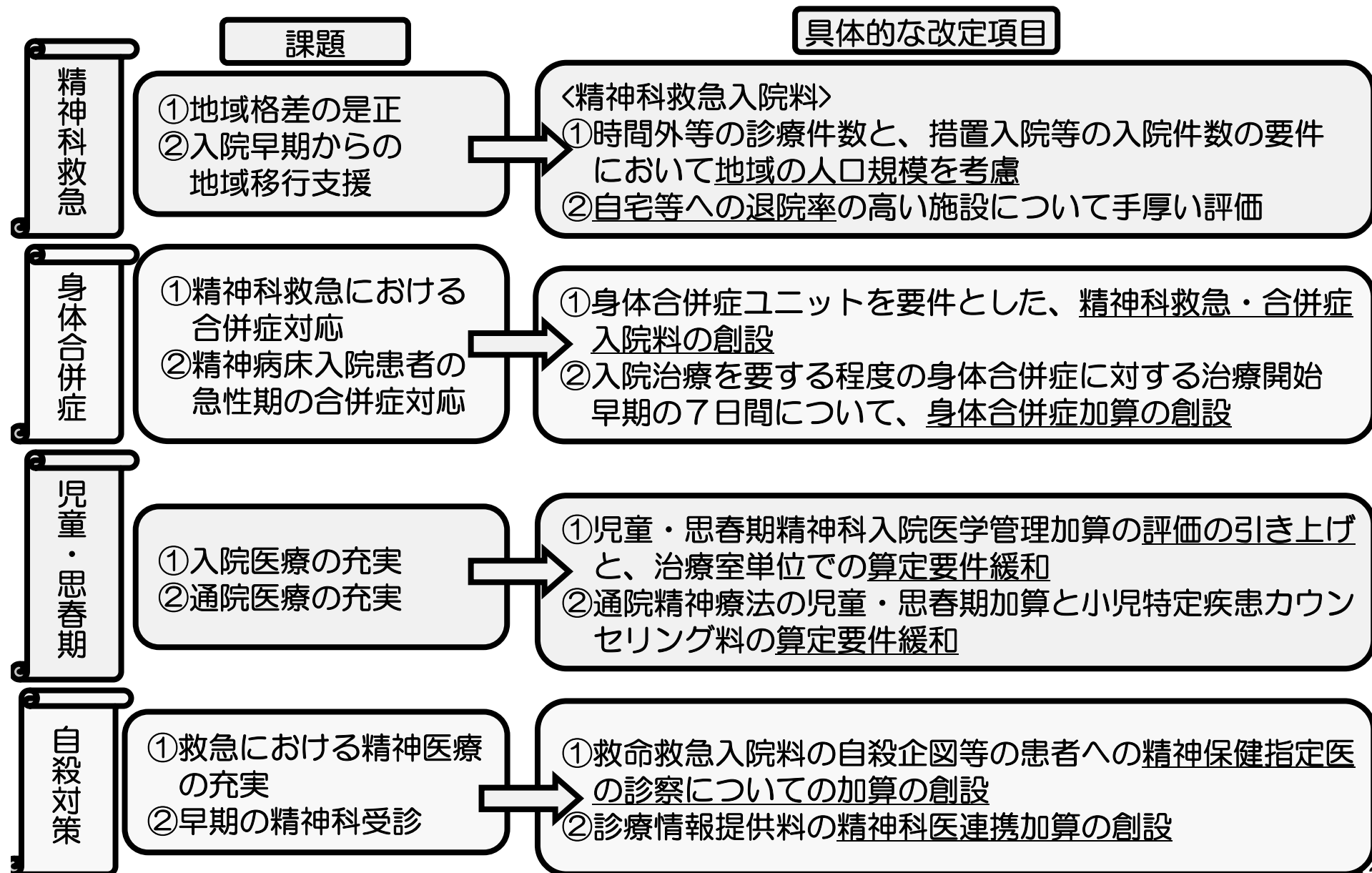
# 平成20年診療報酬改定のまとめ① (地域移行を支援する取組に係る評価)



## 地域移行支援に係る改訂項目

- ①精神科退院前訪問指導の算定要件の緩和
- ②精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算の創設
- ③精神科訪問看護・指導料の算定要件の緩和
- ④精神科地域移行実施加算の創設
- ⑤入院基本料の入院期間181日~1年の加算の減点
- ⑥精神科継続外来支援・指導料の創設
- ⑦通院精神療法の訪問診療時の算定要件の緩和

# 平成20年診療報酬改定のまとめ② (地域移行を支援する取組に係る評価以外)



## 近年における精神保健福祉法の改正の経緯について

	医療分野	保健福祉分野	その他
平成7年 改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療保護入院等を行う精神病院における常勤指定医必置化</li> <li>○ 指定医の5年毎の研修の実行性確保のための措置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「保健及び福祉」の章を新設</li> <li>○ 精神障害者保健福祉手帳制度創設</li> <li>○ 社会復帰施設として生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場を規定</li> <li>○ 社会適応訓練事業の法定化</li> <li>○ 正しい知識の普及啓発や相談指導等の地域精神保健福祉施策の充実、市町村の役割の明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法の名称を「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に変更</li> <li>○ 法の目的に「自立と社会参加の促進のための援助」を追加</li> </ul>
平成11年 改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神医療審査会の委員数制限廃止</li> <li>○ 精神保健指定医の病院管理者への報告義務を規定</li> <li>○ 医療保護入院の要件明確化</li> <li>○ 都道府県知事による入院医療の制限命令等の処分追加</li> <li>○ 医療保護入院に係る移送制度の創設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉センターの業務に、通院公費・手帳の判定、精神医療審査会の事務を追加</li> <li>○ 精神障害者地域生活支援センター、ホームヘルプサービス、ショートステイの法定化</li> <li>○ 福祉サービス利用に関する相談等を市町村が中心に行い、都道府県、保健所が専門的に支援する仕組みに見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除</li> </ul>
平成17年 改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神医療審査会の委員構成見直し</li> <li>○ 改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度等の導入</li> <li>○ 緊急時における入院等に係る診察の特例措置導入</li> <li>○ 任意入院患者に関する病状報告制度導入</li> <li>○ 通院公費負担医療を障害者自立支援法における「自立支援医療(精神通院医療)」に位置付け</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村における相談体制強化</li> <li>○ 精神障害者居宅生活支援事業、精神障害社会復帰施設を障害者自立支援法の福祉サービスとして整理・統合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地方精神保健福祉審議会の必置規制見直し</li> <li>○ 「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称変更</li> </ul>

「こころのバリアフリー宣言」（平成16年3月）  
～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～

【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。

【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。